GHID DE RENUNȚARE LA FUMAT ŞI ASISTENȚĂ DE SPECIALITATE A FUMĂTORULUI

(GREFA)

GHIDUL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE PNEUMOLOGIE
2008

editura Tehnopress

GHID DE RENUNȚARE LA FUMAT ŞI ASISTENȚĂ DE SPECIALITATE A FUMĂTORULUI

(GREFA)

Comitetul ştiinţific al ghidului GREFA:
Conferenţiar doctor **Antigona Trofor-** medic primar pneumologie *(coordonator)*
Profesor doctor **Florin Mihălţan**- medic primar pneumologie
Şef Lucrări doctor **Ştefan Mihăicuţă** - medic primar pneumologie
Profesor doctor **Monica Pop** - medic primar pneumologie
Conferenţiar doctor **Doina Todea** - medic primar pneumologie
Conferenţiar doctor **Florin Anca** –medic primar obstetrica-ginecologie
Doctor **Rodica Tănăsescu** – medic primar medicină de familie
Asistent medical **Victorela Vieriu** - asistent medical principal pediatrie
Psiholog clinician **Mirela Samoilă**
Psiholog clinician **Irina Păvăluc**

Revizori externi:
Profesor doctor **Dan Gaiţă** - medic primar cardiolog
Conferenţiar doctor: **Daniel Lighezan**
medic primar medicină internă, cardiologie
Profesor doctor **Diana Deleanu**
medic primar medicină internă şi alergologie-imunologie

Comitet de pacienţi:
Popescu Gabriela
Haraga Milica
Ghilaş Rodion

GHID DE RENUNȚARE LA FUMAT ŞI ASISTENȚĂ DE SPECIALITATE A FUMĂTORULUI

(GREFA)

- GHIDUL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE PNEUMOLOGIE- (2008)

(Ghid elaborat la inițiativa grupului de lucru al Secțiunii Tabacologie din Societatea Română de Pneumologie)

editura Tehnopress

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE
Secțiunea Tabacologie

Editura TEHNOPRESS
Str.Pinului nr. 1A, 700109 Iaşi,
Tel./fax: 0232 260092
E-mail: tehnopress@yahoo.com
http://www.tehnopress.ro
Editură acreditată CNCSIS

ISBN 978-973-702-601-9

CUPRINS

Introducere 7
Grupul de autori 11
Mulţumiri 20
RECOMANDĂRI SPECIFICE PENTRU ASISTAREA PACIENŢILOR CU DEPENDENŢĂ NICOTINICĂ 21
A) RECOMANDĂRI DE ORDIN MEDICAL 21
1. Recomandări de diagnostic 21
1.1. Identificarea pacienţilor cu tabagism cronic. Diagnosticul dependenţei nicotinice 21
1.2. Definirea şi formularea diagnosticului de dependenţă nicotinică. Modalitatea de abordare a pacientului fumător 24
2. Recomandări generale de conduită terapeutică 26
2.1 Intervenţia terapeutică este obligatorie pentru toţi pacienţii diagnosticaţi cu dependenţă nicotinică 26
2.2. Intervenţia terapeutică primară: sfatul minimal pentru renunţarea la fumat (Nivelul 1) 28
2.2.1 Acordarea obligatorie a sfatului minimal în vederea renunţării la fumat de catre toate cadrele medicale 28
2.2.2. Recomandări privind consilierea antitabagică pentru toate serviciile medicale. 29
2.3. Intervenţia terapeutică de consiliere de specialitate în vederea renunţării la fumat (Nivelul 2) 32
2.3.1 Definiţii 32
2.3.2.Personalul care furnizează servicii de consiliere de specialitate în vederea renunţării la fumat. 34
2.3.3. Conţinutul intervenţiei de consiliere intensivă de specialitate în vederea renunţării la fumat 35
2.3.4. Etapele consilierii de specialitate în vederea renunţării la fumat 35
2.3.4.1. Consultaţia iniţială a fumătorului 35
2.3.4.2. Consultaţiile de control, “follow up” sau monitorizarea sevrajului tabagic 39
2.3.4.3. Consultaţia finală – atingerea şi menţinerea abstinenţei tabagice 40
2.4. Tratamentul specific al dependenţei nicotinice 47
2.4.1 Terapia farmacologică a dependenţei nicotinice 47
2.4.1.1. Terapia de substituţie nicotinică (TSN) 47
2.4.1.2. Terapia cu bupropion 54
2.4.1.3. Terapia cu vareniclină 57
2.4.1.4 Terapii nerecomandate 59
2.4.2. Terapii nonfarmacologice 59
2.4.2.1. Suportul telefonic şi materialele autoajutătoare informative 60
2.4.2.2. Consilierea individuală de tip cognitiv-comportamentală 60
2.4.3. Asocierea consilierii cognitiv comportamentale la terapia farmacologică 63
2.4.4. Evaluarea eficacităţii intervenţiilor terapeutice pentru renunţarea la fumat 64

2.4.4..1 Aprecierea intensității intervenției medicale pentru renunțare la fumat 64
2.4.4.2. Aprecierea eficacitatii interventiei pentru renunțare la fumat 65
2.4.5. Recomandări de scheme terapeutice individualizate 67
2.4.5.1.Asocieri de medicamente 67
2.4.5.2. Prelungirea duratei tratamentului 68
2.4.6. Reducerea fumatului ca metodă de renunțare 70
3. Recomandări de tratament în situații speciale şi la grupe de populație cu risc 75
3.1. Recomandari de tratament la gravide. Fumatul în timpul sarcinii 75
3.2. Recomandari de tratament la tineri sub 18 ani 77
3.3. Recomandări de tratament la grupuri specifice de populație şi comorbidități 79
3.4. Recomandări de tratament pentru fumători cu nivel socio-economic scăzut/nivel de educație redus 82
3.5. Recomandări de abordare a creşterii în greutate după oprirea fumatului 83
3.6. Recomandări de tratament pentru fumătorii moderați 84
3.7. Recomandări de tratament pentru prevenirea recidivelor 85
3.8. Recomandări de tratament pentru consumatorii de alte forme de tutun 85
3.9. Recomandări referitoare la dependența de substituienți de nicotină 86
B) RECOMANDARI CU PRIVIRE LA FORMAREA PERSONALULUI 94
1. Sugestii de instruire în domeniul renunțării la fumat pentru generațiile viitoare de medici. 94
2. Sugestii de instruire în domeniul renunțării la fumat pentru practicienii aflați deja în activitate. 95
3. Sugestii de instruire în domeniul renunțării la fumat pentru personalul reprezentat de responsabilii din domeniul sanitar. 97
C) RECOMANDĂRI DE ORDIN ADMINISTRATIV - ***referitoare la strategiile de dezvoltare a serviciilor medicale destinate renunțării la fumat*** 101
1. Interzicerea fumatului în toate unitățile medicale 101
2. "Ziua Mondială / Națională fără Fumat" 102
3. Înființarea unei linii telefonice/site internet pentru a creşte adresabilitatea la serviciile antifumat. 102
4. Înființarea de servicii de renunțare la fumat în toate secțiile județene de pneumologie, deservite de personal propriu 103
5. Tratamente compensate pentru renunțarea la fumat 103
NIVELE DE DOVADĂ 106

Introducere

Etapa modernă a asistenței de specialitate în vederea renunțării la fumat, prin formula consiliere cognitiv comportamentală - terapie farmacologică, s-a legitimat în România începând din 2000, o dată cu înființarea primelor centre de profil în clinicile de pneumologie din Bucureşti, Iaşi şi Timişoara.

Dezvoltarea ulterioară a expertizei româneşti în acest domeniu nou de activitate medicală, pentru care nu a existat obiect de studiu până în prezent în şcolile medicale, apariția de terapii eficace pe piața farmaceutică autohtonă şi existența începând cu 2007 a unui program național de consiliere şi tratament gratuit pentru populație sunt imperativele care au generat prezentul ghid de practică pentru diagnosticul şi tratamentul tabagismului cronic.

Ghidul se doreşte un instrument de lucru pentru toate categoriile de medici (atât la nivel de medicină primară cât şi de asistență specializată) doritori a se implica în terapia în vederea opririi fumatului. Prin acordarea standardizată a asistenței medicale în vederea renunțării la fumat şi înregistrarea de rutină a statusului fumatului ca semn vital în documentele medicale se vor realiza deopotrivă o evaluare sistematică a starii de sănătate a fumătorilor cu posibilitatea intervențiilor repetate pentru sevrarea tabagică, o scădere a morbidității şi mortalității cauzate de fumat în România, precum şi educația medicilor în domeniul prevenirii şi opririi consumului de tutun.

Colectivul de autori este format din cadre universitare de la universitățile de medicină din Iaşi, Bucureşti, Timişoara şi Cluj, dar şi din medici, psihologi, asistente medicale. Pe lângă membri ai comitetului director al Secțiunii Tabacologie a Societății Române de Pneumologie, personalități cu activitate recunoscută pe plan național şi internațional în domeniul controlului tutunului şi experiență profesională durabilă în renunțarea la fumat, în colectivul de realizare al ghidului au fost cooptați şi profesori universitari şi medici din specialitățile obstetrică-ginecologie, medicină de familie, medicină internă, alergologie, cardiologie dar şi psihologi clinicieni, asistenți medicali şi reprezentanți ai pacienților.

Ghidul parcurge un algoritm de asistență specializată a dependenței nicotinice după o schema clasică: diagnostic clinic, de laborator, indicație terapeutică standard şi pentru situații cu risc, urmărire, vindecare, prevenirea recidivelor şi totodată formulează recomandări concrete de acțiune. Aceste

recomandări sunt corespunzătoare nivelelor de evidenţă ştiinţifică A, B sau C. Ghidul va fi distribuit împreună cu un supliment introductiv, material ce conţine noţiuni elementare de tabacologie, destinat dobândirii de cunoştinţe bazale pentru cei care se vor implica în renunţarea la fumat fără a avea o iniţiere prealabilă.

Autorii îşi afirmă angajamentul de a contribui la implementarea în practică a recomandărilor din acest ghid, de a disemina informaţiile conţinute şi de a monitoriza aplicarea acestora. Totodată, ei doresc să revizuiască periodic această primă ediţie, prin aducerea la zi a noţiunilor conţinute, în acord cu cerinţele educaţiei medicale continue şi cu progresele ştiinţifice viitoare în domeniul managementului dependenţei nicotinice.

Sperăm ca ghidul să acopere golul resimţit ani la rând în activitatea medicilor specialişti şi să constituie un liant al comunicării cu medicul de familie - verigă esenţială în asistarea pacientului în procesul renunţării la fumat.

Autorii

Metodologia de lucru a ghidului

Procesul de elaborare a ghidului a început în noiembrie 2007 prin enunțarea strategiei de lucru şi selectarea participanților la acest proiect. Colectivul de experți autori s-a decis în ianuarie 2008, când a avut loc o primă întâlnire de lucru cu scopul de a stabili obiectivele ghidului, tematica abordată, cercetarea surselor şi a referințelor folosite, a bazelor de date în domeniu, repartizarea sarcinilor şi beneficiarii ghidului. O a doua întâlnire a fost prilejuită de al 20-lea congres național al Societății Române de Pneumologie şi a avut loc la Constanța pe 30 mai 2008. Cu această ocazie, participanții au agreat sursele din literatură, nivelele de dovadă, draftul de etapă al ghidului şi modalitatea de formulare a recomandărilor, convenind asupra revizorilor externi şi metodologiei de lucru în vederea editării materialului. Versiunea completă a ghidului a fost prezentată la a treia întîlnire, spre revizuire, în cadrul celui de-al 47-lea congres național de cardiologie – Sinaia, 22 septembrie 2008 – în workshopul „Renunțarea la fumat-obiective şi tratament"

Ca strategie de raționament în elaborarea primului ghid românesc destinat specialistului în renunțare la fumat, s-a pornit de la parcurgerea ghidurilor de calitate, omologe, din alte țări. După ce au fost studiate ghidurile externe ale American College of Chest Physicians (SUA), Health Education Authority din Marea Britanie, Public Health Service (USA), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), ghidul german de referință, ghidul franțuzesc de practică pentru sevraj tabagic (în Ed. Masson) ş.a., s-au ales ca punct de pornire ghidurile american (coordonator-Michael Fiore) şi englezesc (coordonator-Robert West) Aceste ghiduri au fost apreciate de grupul de experți autori ca cele mai apropiate de cerințele actuale ale unei asistențe de calitate a fumătorului în țara noastră. Experiența acestor ghiduri externe a fost translată şi adaptată realităților de profil din România, formulându-se recomandări de activitate pentru medicii români în consecință, în baza unui consens care a implicat deopotrivă şi revizorii externi ai materialului de față, dar şi pacienți- beneficiari direcți asistați pentru sevrarea fumatului.

Curriculum Vitae al autorilor

Antigona Carmen Trofor, MD, Ph.D.
Conferenţiar Universitar, Pneumologie
Universitatea de Medicină şi Farmacie „*Gr.T.Popa*" Iaşi
Medic primar pneumolog Clinica Pneumologică Iaşi
Doctor în medicină

Absolventă a Universităţii de Medicină "Gr.T.Popa" din Iaşi, promoţia 1986, s-a implicat în activităţi de control al tutunului pe plan medical şi didactic începând din 1999, apoi în studiul clinic al bupropionului în sevrajul tabagic (2000). A absolvit cursuri de formare în domeniu cu experţi externi : American Advocacy Institute - Varşovia (2000) şi American Cancer Society – Bucureşti (2002, 2003), pentru ca ulterior să organizeze primul curs român postuniversitar de "*Metode de renunţare la fumat*" (U.M.F. Iaşi, 2000) şi să iniţieze cursul interactiv " *Smoking Cessation*" al European Respiratory Society (E.R.S.) - Bucureşti, decembrie 2004, curs cotat ca un eveniment de cotitură, care a contribuit la instruirea a peste 40 de medici români în acest domeniu nou de activitate. A organizat Prima Conferinţă Naţională despre Tabagism, " *Tutun & Sănătate",* la Iaşi în martie 2006, eveniment care a reunit 180 de participanţi şi a beneficiat de 11 invitaţi străini de marcă din partea Uniunii Internaţionale contra Cancerului, E.R.S., Agenţiei Internaţionale de Cercetare a Cancerului (IARC), O.M.S., a unor universităţi şi organisme internaţionale de prestigiu din Anglia, Italia, Belgia, Danemarca, Franţa şi Suedia. Este autoare a 4 cărţi şi coautor la 3 manuale didactice, a publicat 130 de lucrări în ţara şi străinătate *in extenso* şi rezumat, dintre care 72 pe tema fumatului. A publicat în domeniu: cartea *Fumatul - de la obicei la boală: 101 întrebări despre fumat*, *Antigona Trofor*, C. Radu-Loghin apărută în ediţia I (2004) la Editura Tehnopress, Iaşi, reeditată în ediţia II -adăugită- cu Sprijinul Agenţiei Naţionale pentru Cercetare Ştiinţifică în 2005, precum şi un *Ghid practic de renunţare la fumat - pentru pacienţi - Antigona Trofor*, Traian Mihăescu, Edit Dan, Iaşi, 2007. Este şi coordonator al unui DVD de training pentru specialişti în domeniu „Consilierea în vederea renunţării la fumat" (2008) A predat numeroase cursuri de formare în renunţarea la fumat pentru medici de familie, medici specialişti între 2001-2008, medicii şi psihologii Agenţiei Naţionale Antidrog (Bucureşti-Nov. 2007)

şi a organizat primul workshop cu participare internaţională la Facultatea de Medicină Dentară din Iaşi în martie 2008: *Implementarea modulului "Tehnici de prevenire şi renunţare la fumat" în curricula medicilor dentisti*. Este coordonator naţional din partea Spitalului Clinic de Pneumologie Iaşi şi autorul în România al programului naţional finanţat de Ministerul Sănătăţii Român: *Adolescenţii renunţă la fumat 2007-2008*. A dezvoltat centrul de consiliere în vederea renunţării la fumat, în Clinica Pneumologică Iaşi (din anul 2000) şi participă la programul *Stop fumat* finanţat de Ministerul Sănătăţii Român, de la debutul acestuia şi în prezent, cu activităţi de consultaţii medicale pentru renunţare la fumat şi cursuri de formare a medicilor în această ramură. Este membru SRP- Secretar al Filialei locale Iaşi - din 1991, vicepreşedintele Departamentului medical-învăţământ - al Secţiunii Bronhologie a Societăţii Române de Pneumologie (oct. 2002 şi în prezent), membru al comitetului director al S.R.P.(2008-2010) şi fellow al American College of Chest Physicians. Preşedinte a Secţiunii Tabacologie a Societăţii Române de Pneumologie (2007-2009), face parte din *Tobacco Control Committee* al European Respiratory Society (2006-2010). Iniţiativa acestui ghid îi aparţine şi se înscrie în obiectivele declarate ale secţiunii *Tabacologie* din S.R.P. dedicate dezvoltării curriculei medicale româneşti de profil.

Florin Dumitru Mihălţan, MD, PhD.
Profesor Universitar, Pneumologie
Universitatea de Medicină şi Farmacie „Carol Davilla" Bucureşti
Medic primar pneumolog Institutul de Pneumologie
"*Marius Nasta*" Bucureşti
Doctor în medicină.

A absolvit Facultatea de Medicină-Bucureşti în1979. Cu implicare în activitatea de prevenire şi renunţare la fumat din anul 1985**,** în cadrul Asociaţiei Neguvernamentale "Aer Pur România" (Preşedinte din 2004) prin numeroase programe naţionale şi internaţionale *(ex: Un cămin sănătos, Spitale fără Fumat, Quit and Win, etc),* organizator a numeroase cursuri postuniversitare despre tabagism şi renunţarea la fumat începând din 2001, predă noţiuni de tabacologie pentru studenţii la medicină din 1999. Este Preşedintele Societăţii Române de Pneumologie - S.R.P.- (2006-2010), membru în comitetul director al secţiunii de Tabacologie a S.R.P. şi a numeroase secţiuni şi grupuri de lucru ale aceleiaşi societăţi. Membru al American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, European Respiratory Society, Preşedinte al Reţelei Române de Prevenire a Fumatului –din 2004- membră a ENYPAT, Membru al World Association of Sleep Medicine- 2003, Nominalizat "Who's Who" al "American Biographical Institute"-iulie 2003 "Who's Who" al "International Biographical Centre Cambridge- England"-iulie 2003, şi "Who's Who" România 2004. Autor a 200 lucrări publicate în reviste de specialitate româneşti şi a 20 de

lucrări publicate în străinătate în Revue de Maladie Respiratoire, Pneumologie, Chest etc., autor al multor anchete publicate în domeniul fumatului; autor a 6 cărți publicate în editura Medicală, Albatros, Orizont etc. şi a numeroase capitole din monografii de specialitate. S-a ocupat cu precădere de studierea prevalenței fumatului la toate categoriile de personal sanitar şi a elaborat *Ghidul spitalelor fără fumat în România*, 2006 *Fl. Mihălțan*, Ioana Munteanu. A publicat primele cărți de referință în domeniul tabagismului din România: *Fl. Mihălțan - Ce nu ştie fumătorul român* - Ed.Medicală 2001 Bucureşti, *Fl. Mihălțan***,** Magdalena Ciobanu - *Tabagismul - Consecințe şi tratament* -Ed. Medicală 2001, Bucureşti.

Ştefan Mihăicuță, MD, PhD.
Şef lucrări, Pneumologie
Universitatea de Medicină şi Farmacie "V.Babeş" Timişoara,
Medic primar pneumolog la Clinica de Pneumologie de la Spitalul „V. Babeş" Timişoara,
Doctor în medicină

A absolvit Institutul de Medicină din Timişoara în 1990. Cu activitate anti-tabac din 1993, având un program săptamânal la Radio Timişoara. Cursuri pentru studenți în 1994 ("Cum să te laşi de fumat în 5 zile"). Din 1997 predă un curs de 2 ore de tabacologie pentru studenți la medicină. Din 1999, implicat în organizarea anuală locală a zilei "31 Mai - Ziua Mondială fără Tutun". Împreună cu organizația studențească (AMICUS Timişoara), organizator de programe de prevenție a fumatului în şcoli şi universități, a unei campanii locale pentru interzicerea reclamelor stradale la țigări. Participant la granturi naționale pentru suportul adolescenților în renunțarea la fumat. Membru în comitetul de organizare al unei rețele a organizației neguvernamentale naționale antifumat (AER PUR România). Participant la înființarea Centrului pentru Consiliere şi Renunțare la Fumat Timişoara 2004. Membru al European Respiratory Society, American College of Chest Phisician, European Sleep Research Society, Societatea Română de Pneumologie – în comitet director- 2008-2010. Coautor al cărții „Fumatul, de la dependență la libertate", Editura Eurobit Timişoara 1999, autor a 47 de lucrări legate de controlul fumatului, publicate integral sau în rezumat în reviste medicale, la congrese sau conferințe naționale, dintre care 29 la congrese europene sau mondiale.

Carmen Monica Pop, MD, Ph.D.
Profesor Universitar, Pneumologie
Universitatea de Medicină şi Farmacie „Iuliu Haţieganu" Cluj-Napoca
Medic primar pneumolog Spitalul de Pneumoftiziologie "Leon Daniello" Cluj-Napoca
Doctor în medicină.
A absolvit Facultatea de Medicină - Cluj-Napoca în1982. Cu implicare în activitatea de prevenire şi renunţare la fumat din anul 2001**,** în cadrul Asociaţiei Neguvernamentale "Aer Pur România" (membru); Investigator în studiul clinic cu Bupropion, 2001; organizator şi moderator a numeroase cursuri postuniversitare despre tabagism şi renunţarea la fumat începând din 2003 (Săptămâna UMF "Iuliu Haţieganu" Cluj-Napoca, 5-10.12.2005, "Impactul tabagismului cronic asupra organismului"; Congresul Naţional de Pneumologie, Cluj-Napoca, 4-6.05.2006, "Tabagismul cronic"). A urmat numeroase cursuri de educaţie medicală continuă, în domeniul sevrajului tabagic: ERS School Course: "Smoking Cessation", Bucuresti, 10-12 dec. 2004; " Curs de formare în terapia tabagismului", Bucuresti, 9-11 feb 2005, "Tehnici cognitiv-comportamentale în terapia tabagismului". Organizator, lector şi moderator la Conferinţa Naţională "Sănătate sau tutun", Cluj-Napoca, 10-12 mai 2007. Este Preşedintele Filialei Cluj a Societăţii Române de Pneumologie (S.R.P.) (2006-2010), membru în comitetul director al secţiunii de Tabacologie a S.R.P. şi a numeroase secţiuni şi grupuri de lucru ale aceleiaşi societăţi. Membru al European Respiratory Society, al Societăţii Franceze de Pneumologie. Coordonator local al Programului de sănătate publică III.2 –Stop Fumat 2007 în Cluj-Napoca. Autor a 68 lucrări publicate în reviste de specialitate româneşti şi a două lucrări publicate în străinătate, autor al multor lucrări şi anchete publicate în domeniul fumatului; autor a 8 cărţi publicate în Editura Universitară Iuliu Haţieganu, Cluj Napoca; Editura Curtea Veche, Bucureşti etc. şi a numeroase capitole din monografii de specialitate. S-a ocupat cu precădere de studierea prevalenţei fumatului la tineri, la studenţii medicinişti, în rândul personalului sanitar şi de problema fumatului pasiv.

Doina Adina Todea, M.D., Ph.D.
Conferenţiar Universitar, Pneumologie.
Universitatea de Medicină şi Farmacie "Iuliu Haţieganu" Cluj Napoca
Medic primar pneumolog
Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie " Leon Daniello" Cluj Napoca
Doctor în medicină.
A absolvit Institutul de Medicină şi Farmacie "Iuliu Haţieganu" Cluj Napoca în 1987. Din 1991 a urmat cursuri postuniversitare de tabacologie, fiind implicată din 2006 alături de Centrul de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog Cluj în organizarea anuală locală a „Zilei Mondiale fără Tutun- 31 Mai". A publicat

şi comunicat articole şi lucrări în reviste de specialitate, referitoare la fumatul în rândul studenţilor medicinişti, la impactul tutunului asupra sănătăţii organismului. Membru în comitetele de organizare a diferitelor manifestări ştiinţifice locale şi naţionale pe tema tabagismului: Prima Conferinţă Naţională "Tutunul & Sănătatea" (Iaşi, 9-12 martie 2006), a 2-a Conferinţă Naţională „Sănătate sau Tutun" (Cluj, mai 2007). Este membru în Comitetul Director al Societăţii Române de Pneumologie (2006-2010) şi în Comisia Consultativă de Pneumologie, Alergologie şi Imunologie Clinică a Ministerului Sănătăţii Publice. De asemenea este membră a unor societăţi internaţionale de specialitate: European Respiratory Society, Société de Pneumologie de Langue Française, American Thoracic Society.

Alexandru Florin Anca, M.D., Ph.D.
Conferenţiar Universitar, Obstetrică-Ginecologie
Universitatea de Medicină şi Farmacie "Carol Davilla" Bucureşti
Medic primar obstetrică-ginecologie
Doctor în medicină
A absolvit Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină şi Farmacie Bucureşti, în 1979. Vicepreşedinte al Societăţii de Ginecologie Endocrinologică din România, din 1998, la a cărei înfiinţare a participat activ şi membru fondator al Societăţii Române de Medicină Perinatală din 1997. Coordonator al Compartimentului de Ginecologie Endocrinologică (1998) şi al Unităţii de medicină maternă şi fetală cu risc crescut (2008) din Clinica de Obstetrică şi Ginecologie a Spitalului Clinic Universitar de Urgenţă Bucureşti, s-a preocupat îndeosebi de medicina fetală şi perinatală, evaluarea stării fătului *in utero*, disgravidia tardivă, ca şi de domeniul ginecologiei endocrinologice, de problematica menopauzei, precum şi de chirurgia ginecologică, inclusiv cea laparoscopică. Autor unic al volumelor`"Algoritm diagnostic şi terapeutic în obstetrică şi ginecologie"`, apărut la Editura Amalteea în 2002 şi „Disgravidia tardivă, strategii diagnostice şi terapeutice**"**, autor al secţiunii de Ginecologie Pediatrică în volumul Urgenţe în Pediatrie (două ediţii), autor al câtorva capitole într-o monografie de obstetrică, autor prim şi coautor la circa 100 lucrări publicate în reviste de specialitate din ţară, şi internaţionale. Autor unic, autor prim sau coautor la circa 50 de rapoarte şi comunicări la congrese, conferinţe, întruniri ştiinţifice atât în ţară, cât şi peste hotare.

Rodica Narcisa Tănăsescu, M.D., Ph.D.
Medic primar medicină de familie
Cabinet medical individual Tănăsescu Rodica, Bucuresti
Absolventă a UMF "Carol Davila" în 1982, este instructor formator medicina de familie şi are competenţă în medicina de întreprindere şi competenţa de

echografie generală.. A absolvit cursul de management sanitar – 2001- şi cursul de managementul conflictelor- 2005 şi este coordonator al Agendei Medicului de Familie. Redactor adjunct al Jurnalului Medicului de Familie, este colaborator al revistelor Pharma Business şi Medic.ro Organizator împreună cu boardul AMF-B al Conferinţelor Naţionale de Medicină de Familie în 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 şi al simpozioanelor lunare din cadrul şedinţelor AMF-B, este totodată participantă în organizarea, concepţia şi susţinerea cursurilor de alergologie şi neurologie pentru medicii de familie în cadrul CN de Perfecţionare al Medicilor. În prezent deţine următoarele funcţii: Preşedinte al Asociaţiei Medicilor de familie Bucureşti şi Ilfov, Preşedinte al Comisiei de Medicină de Familie a MSP Membru al Consiliului Municipal al Colegiului Medicilor Bucureşti, Reprezentantul AMF-B în Senatul Societăţii Naţionale de Medicină de Familie.

Victorela Vieriu
Asistent medical principal – specialitate pediatrie
Asistent şef unitate - Spitalul Clinic de Pneumologie Iaşi
A absolvit Liceul Sanitar Botoşani în anul 1985, echivalare postliceală în anul 1993, în prezent studentă anul I la Facultatea de Medicină "Gr.T.Popa" Iaşi – specializare Asistenţă medicală generală; a absolvit Facultatea de Economie şi Administrare a Afacerilor- specializare Contabilitate în anul 2005.
Face parte din colectivul de lucru al centrului de renunţare la fumat din Clinica Pneumologică Iaşi, coordonator conferenţiar universitar doctor Antigona Trofor, a prezentat 4 lucrări în cadrul conferinţelor de profil la care a participat, membru în comitetele de organizare la Conferinţa de Pneumologie cu participare internaţională Inspir 2007 şi 2008 şi Ziua internaţională de luptă împotriva tuberculozei în anul 2008–secţiunea asistenţi medicali, membră a Societăţii Române de Pneumologie –secţiunea asistenţi medicali.

Mirela Samoilă
Psiholog clinician
Centrul de Consiliere pentru Renunţare la Fumat
Spitalul Clinic de Urgenţe "Sf. Ioan" Iaşi - Clinica Medicală
A absolvit Universitatea "Al I. Cuza" Iaşi, specializarea Psihopedagogie Specială (forma de învăţământ: zi) în 1997 şi cursurile postuniversitare din cadrul modulului de studii aprofundate "Analiza şi intervenţie în câmpul social şi organizaţii" în 1999. În ultimii ani a desfăşurat activitate de voluntariat ca psiholog clinician în unele instituţii medicale din Iaşi, a fost cadru didactic la Grupul Preuniversitar " Prof. Dr. Petre Brânzei" Iaşi, a participat la numeroase cursuri de educaţie medicală continuă şi a prezentat la Conferinţa de Pneumologie cu Participare Internaţională INSPIR Iaşi 2008 lucrarea " Terapia

cognitiv-compotamentală a dependenței nicotinice ”În mai 2008 a urmat cursul “Intervenții cognitiv-comportamentale în renunțarea la fumat” organizat de Centrul Național de Consiliere pentru Renunțare la Fumat, Institutul “Marius Nasta“ Bucureşti şi Asociația de Psihoterapii Cognitive şi Comportamentale Cluj Napoca. Are de asemenea atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România la propunerea Comisiei de Psihologie Clinică şi Psihoterapie şi face parte din echipa de consiliere antifumat a centrului de renunțare la fumat a Spitalului Clinic de Urgențe “Sf. Ioan” Iaşi - Clinica Medicală din 2007.

Irina Păvăluc,
Psihoterapeut, Psiholog clinician
A absolvit Facultatea de Psihologie şi Ştiințe ale Educației, Universitatea ”Al. I. Cuza” Iaşi, în 2004. Din 2005 a urmat cursuri postuniversitare de “Hipnoză clinică, relaxare şi terapie ericksoniană” (cu Prof. Dr. Ion Dafinoiu, Facultatea de Psihologie, Iaşi), în 2006 – cursul “Basic elements of cognitive – behavioral psychotherapy” (cu Prof. Dr. Issac Marks- Royal College London, Prof. Dr. Mario di Fiorino- University of Pisa, Prof. Dr. Vasile Chirita, U.M.F. ”Gr. T. Popa”, Iaşi), în mai 2008 – cursul “Interventii cognitiv-comportamentale în renunțarea la fumat” (cu Dr. Magda Ciobanu şi Psih.cl. Bogdana Bursuc, Institutul de Pneumoftiziologie “Marius Nasta”, Bucureşti). A asigurat consiliere psihologică în renunțarea la fumat, ca voluntar, din 2006, în cadrul Cabinetului de Consiliere Antifumat din Spitalul Clinic de Recuperare Iaşi, spital inclus, din 2005, în programul european “Spitale fără Fumat”. A publicat şi comunicat articole şi lucrări, sub coordonarea Conf. Dr. Paraschiva Postolache, referitoare la riscul fumatului asupra stării de sănătate şi la intervențiile psihoterapeutice de renunțare la fumat, cu ocazia “Zilelor Spitalului de Recuperare Iaşi” şi a “Zilei Mondiale fără Tutun- 31 Mai”(2006, 2007, 2008). Este membră a Grupului de Lucru de Reabilitare Respiratorie al SRP (din aprilie 2007) şi desfăşoară activitate în consiliere psihologică în vederea renunțării la fumat în cadrul Centrului de Consiliere pentru Renunțarea la Fumat de la Spitalul de Recuperare Iaşi (din iulie 2008).

Dan Gaiță, MD, Ph.D., FESC
Profesor Universitar
Universitatea de Medicină şi Farmacie “Victor Babeş” Timişoara
Medic primar cardiolog la Institutul de Boli Cardiovasculare, secția clinică de Cardiologie şi Recuperare Cardiovasculară, Timişoara
Doctor în medicină
Funcții actuale: Secretar Ştiințific al Senatului Universității de Medicină şi Farmacie “Victor Babeş” din Timişoara, din 2004, coordonator al Comitetului de Educație şi Acreditare al Asociației Europene de Prevenție şi Recuperare

Cardiovasculară (2005), membru în Comitetul de Educaţie şi Acreditare al Societăţii Europene de Cardiologie (2006), coordonator naţional de prevenţie cardiovasculară (2007), membru al Steering Committee EuroAspire III.
Realizări profesional-ştiinţifice: lector invitat la cursuri internaţionale – Societatea Europeană de Cardiologie: Berna, Elvetia – 2004, 2006, 2008; Sankt Petersburg, Rusia - 2006, Nisa – Sophia Antipolis - 2006, 2007, 2008. lector invitat la "Smoking Cessation Educational Course" organizat de Societatea Europeană de Cardiologie, Heart House, Nisa 2008, organizator şi lector la prima sesiune antifumat organizată de Societatea Română de Cardiologie în cadrul celui de al 47-lea Congres Naţional de Cardiologie, Sinaia 20-23 septembrie 2008.
Este coordonatorul a 5 proiecte de cercetare naţionale şi internaţionale câştigate prin competiţie, autorul a 10 cărţi de specialitate (3 ca prim autor), autorul a 54 lucrări publicate în extenso în reviste de specialitate din ţară şi străinătate (10 ca prim autor), autorul a 292 lucrări comunicate la conferinţe şi congrese naţionale şi internaţionale (86 ca prim autor). Membru al comitetului de organizare al EuroPRevent – Atena 2006, Madrid 2007, Paris 2008 şi coordonator al conferinţelor naţionale de Prevenţie şi Recuperare Cardiovasculară, 1995-2005. Este evaluator naţional al proiectelor de cercetare CNCSIS, din 2005 şi membru al Comitetului Editorial Internaţional al „European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation", din 2004.

Daniel Florin Lighezan, MD, Ph.D., FESC.
Conferenţiar Universitar,
Universitatea de Medicină şi Farmacie "V. Babeş" Timişoara,
Medic primar medicină internă, cardiologie la Clinica de Cardiologie a Spitalului Clinic Municipal de Urgenţă Timişoara,
Doctor în medicină
A absolvit Institutul de Medicină din Timişoara în 1989. Lucrează din 1990 la Disciplina de Semiologie Medicala din Clinica de Cardiologie a Spitalului Clinic Municipal Timişoara. Predă cursul de Semiologie Clinică. A fost angajat în diferite manifestări organizate pentru prevenţia fumatului în şcoli şi universităţi împreună cu organizaţia studenţească AMICUS Timişoara. Membru în granturi naţionale de cercetare legate de factorii de risc cardiovascular. Este Membru al Societăţii Române de Cardiologie unde actualmente este preşedintele Grupului de Lucru „Ateroscleroza şi Aterotromboza" şi al Societăţii Române de Tromboză şi Hemostază. Totodată este membru şi fellow al Societăţii Europene de Cardiologie şi membru al American Heart Association. Este autor şi coautor la 5 cărţi în domeniul patologiei medicale cât şi a peste 40 de lucrări publicate integral sau în rezumat în reviste medicale, la congrese sau conferinţe naţionale.

Diana Mihaela Deleanu, MD, Ph.D.
Profesor Universitar, Imunologie - Alergologie
Universitatea de Medicină şi Farmacie „*Iuliu Haţieganu*" Cluj-Napoca
Medic primar medicină internă, alergologie şi imunologie clinică
Clinica Medicală 3, Cluj-Napoca
Doctor în medicină

Absolventă a Universităţii de Medicină şi Farmacie "Iuliu Haţieganu" Cluj-Napoca promoţia 1983. De la absolvire lucrează la Clinica Medicală 3, şi asigură totodată ambulatorul de alergologie şi explorări funcţionale respiratorii al clinicii. Fiind o nefumătoare convinsă, s-a implicat în activităţile de control-renunţare la fumat pe plan medical şi didactic începând din 1993, deoarece a constatat implicaţiile negative ale tutunului asupra pacienţilor respiratori monitorizaţi în cadrul departamentului de alergologie-imunologie al Clinicii Medicale 3. A efectuat cursuri şi stagii de formare în domeniu respirator în străinătate: Brompton Hospital, Londra, UK; Southampton, UK, Bad Lippspringen, Germania, Pamplona, Spania (cu precădere pentru astmul bronşic şi alergiile respiratorii). A realizat mai multe prezentări legate de efectele nocive ale fumatului asupra imunităţii (2005-2008). A predat numeroase cursuri de informare legate de efectele nocive ale fumatului pentru studenţii de la medicină, pentru medicii de familie, medicii rezidenţi în domeniul alergologie-imunologiei (2000-2008). Din 2006 este preşedintele Societăţii Române de Alergologie şi Imunologie Clinică (SRAIC), în cadrul căreia a continuat activitatea anti-tabac începută anterior. Este membră a Societăţii Române de Pneumologie, societate profesională cu care a organizat mai multe acţiuni comune ca preşedintă a SRAIC. Ca membră a altor societăţi internaţionale European Academy of Allergy and Clinical Immunology EAACI, American College of Allergy, Asthma, Immunology (ACAAI) participă şi la acţiunile acestora dedicate prevenirii şi renunţării la fumat.

Mulțumiri

Grupul de autori mulțumeşte echipei de medici care a colaborat la selectarea referințelor bibliografice, tehnoredactarea şi consultanța de specialitate pentru elaborarea acestui material:
dr. Elena-Iuliana Frăsilă, medic rezident medicină internă, Clinica III Medicală, Spitalul Sf. Spiridon Iaşi, dr. Valentina Eşanu, medic primar pneumologie Ambulatoriul Clinicii Pneumologice Iaşi, dr.Ramona Miron, medic rezident pneumologie Clinica Pneumologică Iaşi, dr. Mihaela Sandu, medic specialist pneumologie Clinica Pneumologică Iaşi.
dr. Ştefan Frenț, asistent universitar, Clinica de Pneumologie, Universitatea de Medicină şi Farmacie, „V. Babeş" Timişoara, dr. Monica Marc, medic specialist pneumologie, Centrul pentru Consiliere şi Renunțare la Fumat, Spitalul V. Babeş Timişoara, dr. Stăncilă Daniela Simona, medic rezident medicină internă, dr. Pătrăşcanu Daniel Cosmin, medic rezident medicină internă, dr. Diana Raluca Dimitriu, medic rezident pneumologie, prof. Dr. Voicu Tudorache, Clinica de Pneumologie, Universitatea de Medicină şi Farmacie, „V. Babeş" Timişoara,
Conf. dr. Cezar Pop, UMF " Iuliu Haţieganu" Cluj, Catedra de Chirurgie, dr. Ruxandra Răjnoveanu, UMF " Iuliu Haţieganu " Cluj, Catedra de Pneumologie, dr. Alina Mureşan, medic rezident pneumologie, Spitalul Clinic de Urgență "Octavian Fodor" Cluj, medic rezident pneumologie, dr. Ioana Munteanu, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta" Bucureşti.

RECOMANDĂRI SPECIFICE DE ASISTARE A PACIENȚILOR CU DEPENDENȚĂ NICOTINICĂ

A) RECOMANDĂRI DE ORDIN MEDICAL

1. RECOMANDĂRI DE DIAGNOSTIC

1.1. Identificarea pacienților cu dependență nicotinică. Diagnosticul dependenței nicotinice

Pentru ca rezultatele terapeutice obținute în renunțarea la fumat să fie optime, în primul rând trebuie identificați sistematic toți fumătorii. Cea mai bună şi rentabilă ocazie în acest scop o oferă vizitele medicale, avînd în vedere că fiecare cetățean român îşi vizitează medicul de familie cel puțin o dată pe an, frecventează dentistul sau medicul specialist cu diferite motive care țin fie de problemele de sănătate fie de atribute diverse de natură civilă. Pare de la sine înțeles ca medicul, indiferent de calificare, să fructifice aceste prilejuri pentru a identifica fumătorii şi a iniția algoritmul de asistență medicală în vederea opririi fumatului. (1)

Orice pacient care se adresează unui serviciu medical (cabinet medic de familie, medic specialist de ambulatoriu, spital, dentist etc.) trebuie chestionat cu privire la consumul de tutun, la fiecare consultație, în măsura timpului disponibil şi a profilului consultației respective.(2)

Consumul de tutun se consemnează în documentele medicale (fişă, foaie de observație, scrisoare medicală, bilete de trimitere etc.).şi se declară statusul de fumător al individului respectiv în concordanță cu definițiile ghidurilor standardizate unanim acceptate.

Statusul de fumător-definiții

În funcție de nivelul de calificare în domeniul consilierii pentru renunțare la fumat al medicului care acordă consultația, statusul de fumător poate fi apreciat într-un mod elaborat sau foarte sumar.

Pentru nivelul 1 (medicină primară), respectiv rețeaua medicilor de familie, cabinete medicale ambulatorii, dentişti, servicii de triaj ale spitalelor, orice serviciu medical care asistă fumători la un nivel de bază, recomandăm doar identificarea şi inregistrarea statusului fumatului, ca o etichetare sumară, simplă şi operativă a pacientului:

1. Fumător: persoana care fumează de cel puțin 6 luni
2. Nefumător: persoana care nu a fumat mai mult de 100 țigări în cursul vieții (100 de țigări sunt echivalentul a 100 g tutun, în cazul pipei şi a unor produse de tutun, altele decît țigara).
3. Fost fumător: persoană care nu mai fumează de cel puțin 6 luni.

Pentru nivelul 2, al specialiştilor în consiliere pentru renunțarea la fumat din rețeaua de centre specializate, se impune o clasificare mai detaliată a statusului fumatului.

Astfel, o discuție (documentată prin completarea unui chestionar) între fumător şi specialistul în consilierea antifumat ar trebui să permită încadrarea persoanei intervievate într-una din următoarele categorii, conform definițiilor acceptate de OMS (3):
1) FUMĂTORI considerati cei care sunt efectiv fumători, în momentul când sunt chestionați şi care practică fumatul de cel puțin 6 luni.
Fumătorii pot fi:
a) **zilnici:** fumează cel puțin o dată pe zi, în fiecare zi. Aici sunt incluşi şi cei care au obiceiul de a nu fuma în zile de sărbătoare sau de duminică, din motive religioase.
b**) ocazionali:** fumează numai în unele zile, nu zi de zi.
Fumătorii ocazionali sunt, la rândul lor:

- *cu tendință la reducerea consumului de țigarete*: cei care la momentul completării chestionarului sunt fumători ocazionali, dar înainte au fumat zilnic;
- *fumători experimentali*: persoane care fumează rareori, fără a depăşi un maximum de 100 de țigări în cursul vieții;
- *fumători ocazionali permanenți*: toată viața au fumat doar în unele zile (ocazii), nu zi de zi, inclusiv la momentul chestionării, dar per total, au fumat mai mult de 100 de țigări în decursul vieții.

2) FOŞTI FUMĂTORI: - considerati cei care, la momentul intervievării nu fumează deloc de cel puțin 6 luni de la oprirea definitivă a fumatului.
Există două categorii de foşti fumători:
a) *fost fumător zilnic,* în prezent nefumător; dar a fumat zi de zi şi în prezent nu mai fumează de cel puțin 6 luni.
c) *fost fumător ocazional*: cel care a fumat numai ocazional, dar în prezent nu mai fumează de cel puțin 6 luni.
3) NEFUMĂTORI – persoane care nu au fumat niciodată, cel mult au încercat să fumeze, nu au încercat zi de zi şi în total nu au încercat mai mult de 100 de țigări vreodată.

Deşi această departajare pare complicată, ea este de mare ajutor medicilor din cabinetele specializate în sevraj tabagic în anticiparea profilului de fumător al pacientului, orientându-i spre metoda de renunțare cea mai adecvată. (3)

Prin repetarea întrebărilor despre statusul fumatului la fiecare întâlnire cu pacientul, este responsabilizat medicul în privința consilierii pentru oprirea fumatului, iar pacientul este educat şi conştientizat pentru înlăturarea acestui factor de risc de boală din viața sa. Aceste demersuri simple, descriptive, la îndemâna oricărui medic, creează cadrul favorabil acordării sfatului medical pentru renunțare la fumat şi cresc rata de succes a intervențiilor în acest scop.

Pentru facilitarea metodologiei de lucru în acest domeniu relativ nou în țara noastră, cu care deocamdată puțini medici sunt familiarizați, sugerăm menționarea statusului fumatului ca un semn vital de rutină în documentația medicală, în plan egal cu alte semne vitale precum pulsul, tensiunea arterială, temperatura, saturația arterială în oxigen sau frecvența respiratorie**.**

Documentarea statusului fumatului se poate face şi separat, pe fişe speciale care evidențiază *profilul fumătorului* (apreciat prin intensitatea consumului de tutun sau numărul de pachete-an, scorul dependenței nicotinice, analiza tentativelor anterioare de renunțare la fumat etc.)

Chestionarul recomandat de acest ghid pentru înregistrarea de rutină a statusului fumatului în medicina primară şi în cabinete de specialitate se poate consulta în **Anexa 1.** (v.suplimentul ghidului)

Diagnosticul pozitiv al dependenței nicotinice

Diagnosticul clinic al dependenței nicotinice se stabileşte cu ajutorul următorilor parametri*:*

- ***Statusul fumatului.***
- ***Consumul tabagic***
- ***Scorul de dependență nicotinică***
- ***Analiza tentativelor anterioare de renunțare la fumat***

Aceste *simptome* ale tabagismului cronic trebuiesc identificate pentru managementul optimal al diagnosticului şi tratamentului *dependenței nicotinice.* Diagnosticul clinic este validat biochimic prin determinarea de biomarkeri ai expunerii la tutun (v. cap. 3 al suplimentului la ghid)

Statusul fumatului a fost prezentat mai sus în amănunt.

Consumul tabagic

Se defineşte prin *numărul de pachete-ani (nr. de PA).*

El reprezintă produsul dintre numărul de pachete de țigări fumate/zi şi numărul de ani de fumat. *(ex.: dacă timp de 15 ani se fumează 15 țigări/zi, acest consum echivalează cu 15x15/20 = 11, 2 PA* Indivizii care au un consum mai mare de 20 PA se numesc "mari fumători" (fumători înrăiți) şi reprezintă un grup de pacienți dificil de tratat. Tratamentul prescris de doctor trebuie să țină cont de numărul de pachete-an, dar şi de severitatea dependenței de nicotină.

Scorul de dependență nicotinică determinat cu ajutorul testului Fagerstrom **(**v. **Anexa 2** - în suplimentul ghidului) permite aprecierea severității

dependenței de nicotină, în baza căreia se va elabora o indicație terapeutică corectă. (între: 0 – 3 puncte: dependență uşoară; între 4 – 6 puncte: dependență medie; între 7 – 10 puncte: dependență severă.)

Analiza tentativelor anterioare de renunțare la fumat este un element important în stabilirea diagnosticului dependenței de nicotină, dat fiind că ea permite cunoaşterea modului cum subiectul va traversa perioada de sevraj, se pot anticipa probleme de complianță la tratament şi se pot lua măsuri adecvate din timp.

Identificarea fumătorilor ca persoane cu probleme de sănătate se realizează prin determinarea statusului fumatului şi trebuie legitimată ca un act medical de rutină. Stabilirea unui diagnostic de acuratețe al dependenței nicotinice presupune determinarea statusului fumatului, al consumului tabagic, treptei de severitate a dependenței nicotinice şi analiza tentativelor anterioare de renunțare la fumat.

Se recomandă identificarea de rutină a fumătorilor la toate nivelele de asistență medicală din România şi înregistrarea statusului de fumător ca un semn vital în documentele medicale. Screeningul clinic al fumatului creşte rata de succes a intervențiilor pentru renunțarea la fumat. (Nivel de dovadă A) (4)

Această recomandare se bazează pe metaanaliza a 9 studii randomizate despre impactul screeningului statusului fumatului asupra rezultatelor renunțării la fumat. (4)

1.2. Definirea şi formularea diagnosticului de dependență nicotinică. Modalitatea de abordare a pacientului fumător

Asistența medicală acordată fumătorilor trebuie să înceapă cu definirea corectă a condiției patologice de care suferă.

Aşadar, în primul rând, fumatul definit ca şi consum cronic de tutun (tabagism cronic, dependență tabagică sau dependență nicotinică) *este o boală* şi nu un obicei.

Mai mult, tabagismul cronic, prin dependența cauzată de nicotină (substanță prezentă în orice produs de tutun), reprezintă o condiție patologică cronică, cu caracter recidivant, care solicită intervenții medicale susținute, repetate, precum şi urmărire periodică până la vindecare. Vindecarea este definită ca abstinența tabagică pe o perioadă de minimum 6 luni**.** (2).

Dependența de nicotină sau de tutun prezintă multe trăsături ale unei boli cronice: majoritatea fumătorilor persistă în consumarea tutunului ani mulți sau zeci de ani, recidivează la fumat chiar dacă au reuşit sa-l oprească pentru intervale mai mult sau mai puțin scurte şi necesită terapii specifice şi urmărire periodică.

Abordările moderne ale fumatului din zilele noastre reflectă tocmai această natură cronic-recidivantă a dependenței tabagice (modelul unei boli cronice

reuneşte evoluţia îndelungată, cu alternanţa episoadelor de recidive şi remisiuni). Înţelegerea naturii cronice a bolii presupune o urmărire de durată, nu doar intervenţii în fazele acute de boală. Este nevoie atât de terapia farmacologică repetată, cu alternarea mijloacelor existente, dar şi de educarea şi asigurarea suportului psiho-comportamental al pacientului, având în vedere că riscul de recidivă persistă şi fumătorii se pot simţi descurajaţi în faţa numeroaselor recăderi. (5)

Deşi mulţi clinicieni sunt capabili să trateze pacienţi cu boli cronice din categoria diabet, hipertensiune, hiperlipidemii etc., ei se simt mai puţin confortabil când trebuie să consilieze un fumător, tocmai pentru că ignoră natura cronică a bolii. (6) Trebuie ştiut că abordarea fumatului ca o boală cronică accelerează procesul de vindecare şi creşte rata de succes a terapiei de sevraj, scăzând procentul de recidive.(1) Cu cât această boală va fi percepută mai repede ca o afecţiune cu caracter cronic, recidivant, cu atât specialiştii în renunţare la fumat dar şi toate categoriile de personal medical şi în primul rând populaţia de fumători vor avea numai de căştigat. (7)

Sugerăm tuturor medicilor practicieni care acordă îngrijiri persoanelor identificate ca fumători să considere consumul de tutun o boală cronică recidivantă denumită corect – în termeni medicali – dependenţă nicotinică (entităţi echivalente: dependenţă tabagică, dependenţă de tutun sau tabagism cronic) şi să recunoască consumul de ţigarete ca simptom principal al bolii. Această boală trebuie abordată la fel ca orice altă boală cronică din categoria astm, hipertensiune, diabet zaharat, hiperlipidemie etc.) (6, 8)

Bibliografie

1. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence. A US Public Health Service Report, JAMA, June 28, 2000—Vol 283, No. 24, p.3244-55.

2. Fiore, MC, Bailey, WC, Cohen, SJ, et al (June 2000) *Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline.* U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (Rockville, MD).

3. World Health Organization - Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic - Geneva, WHO, 1998.

4. www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm

5. Treating Tobacco Use and Dependence* An Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation Jane E. Anderson, MD, MS; Douglas E. Jorenby, PhD;
Walter J. Scott, MD, FCCP; and Michael C. Fiore, MD, MPH, an updated clinical practice guideline 2008.

6. Connie L. Kohler, DrPH and William C. Bailey, MD, FCCP (Birmingham, AL Tobacco Dependence A Chronic Disease *http://www.chestjournal.org*

7. Sachs D.P. Tobacco Dependence Treatment Time To Change the Paradigm *Chest.* 2006;129:836-8394.

8. Steinberg MB, Schmelzer AC, Richardson DL, Foulds J The case for treating tobacco dependence as a chronic disease. *Ann Intern Med.* 2008 Apr 1;148(7):554-6. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

2. RECOMANDĂRI GENERALE DE CONDUITĂ TERAPEUTICĂ

2.1 Intervenția terapeutică este obligatorie pentru toți pacienții diagnosticați cu dependență nicotinică

Orice fumător identificat prin consult medical trebuie să primească asistență medicală adecvată în scopul opririi fumatului**.**

În condițiile prezente ale asigurării asistenței medicale pentru fumători din România, cei mai mulți pacienți fac parte din categoria celor care nu au avut anterior nici un dialog cu cadre medicale despre consumul de tutun şi nu posedă cunoştințe elementare despre nocivitatea acestuia asupra sănătății. Alteori, este vorba despre pacienți care au primit recomandări verbale sumare de a opri fumatul şi doar o minoritate este reprezentată de pacienți avizați, care au primit sfatul minimal sau au consultat cabinete de renunțare la fumat.

Pentru toate aceste categorii de fumători, asistarea de rutină, standardizată la toate nivelele de îngrijire medicală şi introducerea pacienților într-un algoritm de asistență cu scopul renunțării la fumat (Fig.1), se va dovedi benefică şi eficace. (1)

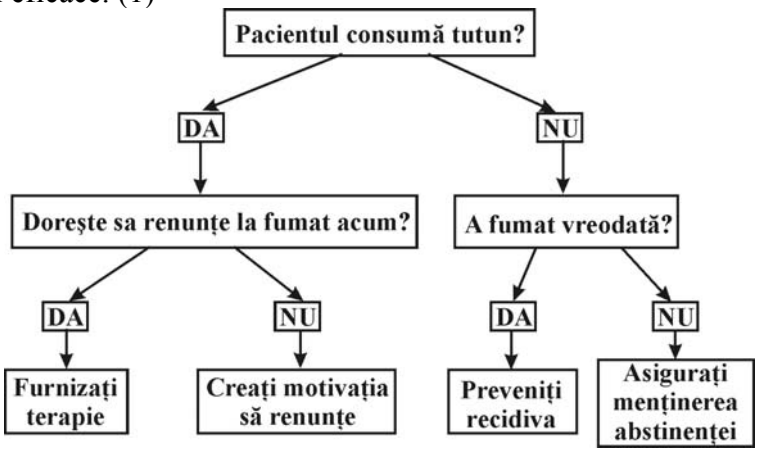

Fig.1 (CHEST / 121 / 3 / martie, 2002, p.934)

În funcție de motivația pacientului de a renunța la fumat, această evaluare inițială a statusului fumatului poate deschide calea spre etapa a doua a algoritmului: o intervenție medicală în vederea opririi fumatului. În Fig.1.este reprezentată simplificat conduita care trebuie adoptată de medic, în concordanță cu statusul fumatului şi motivația de a renunța.(1, 2)

Concret, în funcție de toate variabilele descrise mai sus, există următoarele situații mai frecvente, după cum sunt sugerate şi în fig.1:

1. Pacientul este fumător şi doreşte să renunțe la fumat- se va prescrie terapie farmacologică eficientă. Aceasta poate fi asociată cu terapie cognitiv-comportamentală sau nu. Este indicată adresarea la un specialist instruit în consiliere pentru renunțarea la fumat. (2, 3)

2. Pacientul este fumător şi nu doreşte să renunţe la fumat - va primi sfatul minimal antifumat. Această intervenţie nu va conduce la obţinerea sevrajului tabagic, dar va contribui la crearea unei motivaţii viitoare pentru renunţare la fumat. Este indicată aplicarea algoritmului celor 5 R care prevede *relevarea motivaţiei* de a renunţa, a *riscurilor posibile* pentru sănătate, a *recompensei* prin sevraj, a *obstacolelor* şi a necesităţii *repetării intervenţei* pentru succes (3, 4)
3. Pacientul a fost fumător şi a renunţat la fumat - va primi intervenţii minime de consiliere cognitiv-comportamentală în vederea menţinerii abstinenţei şi prevenirii recidivei fumatului(4). Dacă pacientul semnalează simptome de sevraj sau revenirea apetitului de a fuma, este indicat să primească consiliere într-un cabinet de renunţare la fumat specializat-nivelul 2- iar pentru cei care au renunţat şi menţin abstinenţa fără dificultăţi, aceste intervenţii sunt suficiente în cabinete de medicină primară-nivelul 1.
4. Pacientul nu a fumat niciodată - nu este nevoie decât de reconfirmarea la fiecare vizită a statusului iniţial de nefumător însoţită de recomandarea scurtă, prin mesaje sanogene de menţinere a abstinenţei. Aceste intervenţii minore sunt simple şi pot fi asigurate doar de nivelul 1 de asistenţă a fumătorilor. (1, 3, 4)

Elementele de finețe ale acestui algoritm vor fi detaliate în capitolul dedicat consilierii specializate – intervenţia de nivel 2 – care se ghidează după aceeaşi schemă de lucru.

Se recomandă ca identificarea şi sfătuirea fumătorilor pentru a renunţa la fumat să fie însoţită de evaluarea motivaţiei pacientului de a opri fumatul la momentul respectiv*. (*Nivel de dovadă - C) (1, 4)

Bibliografie:

1.West R., McNeill A. and Raw M., Smoking cessation guidelines for health professionals: an update *Thorax* 2000;55;987-999
2.http://thorax.bmj.com/cgi/content/full/55/12/987#BIBL
3. NICE Public Health Guidance- feb. 2008: (www.nice.org.uk/PHI005)
4. Treating Tobacco Use and Dependence* An Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation Jane E. Anderson, MD, MS; Douglas E. Jorenby, PhD; Walter J. Scott, MD, FCCP; and Michael C. Fiore, MD, MPH, an updated clinical practice guideline 2008.

2.2. Intervenţia terapeutică primară: sfatul minimal pentru renunţarea la fumat (Nivelul 1)

2.2.1 Acordarea obligatorie a sfatului minimal în vederea renunţării la fumat de catre toate cadrele medicale

Toţi medicii ar trebui să recomande fiecărui pacient fumător să renunţe la fumat. Există dovezi conform cărora sfatul medicului creşte semnificativ rata abstinenţei la fumat. (Nivel de dovadă A) (1)

Meta-analiza a 7 studii care au evaluat eficienţa sfatului medical pentru renunţarea la fumat a observat o durată a interventiei medicului de 3 – 5 minute. Datele demonstrează că un sfat mininal din partea medicului creşte rata abstinenţei la fumat pe termen lung. (1)

Sfatul pentru renunţarea la fumat oferit de orice furnizor de servicii medicale a crescut semnificativ rata renunţării. Analiza timpului total al contactului cu pacientul în acest scop indică faptul că o consiliere minimă oferită de o mare varietate de clinicieni creşte rata abstinenţei la fumat pe termen lung. (2) De asemenea, studiile arată că medicii dentişti şi tehnicienii dentari pot fi eficienţi în evaluarea şi consilierea fumătorilor în vederea opririi fumatului(3). Dat fiind numărul mare de fumători care se prezintă la un clinician în fiecare an, sfatul minimal poate avea un impact substanţial asupra sănătăţii publice.

Plan general valabil de activitate pentru toate categoriile de personal implicate în activitatea de asistare a fumătorilor.

- Evaluarea statutului de fumător, pentru fiecare pacient, la fiecare vizită medicală;
- Încurajarea tuturor fumătorilor să renunţe la fumat;
- Oferirea de consiliere celor care sunt interesaţi de renunţarea la fumat;
- Când este posibil, îndrumarea spre specialistul în consiliere antitabagică;
- Recomandarea fumătorilor care vor să renunţe la fumat să folosească substituienţii de nicotină* cu oferirea de informaţii precise şi sfaturi despre utilizarea acestora.

Recomandări pentru medicii de familie

1. Medicii de familie trebuie să sfătuiască fumătorii zilnici să oprească fumatul, în cursul consultaţiilor de rutină, cel puţin o dată pe an şi să recomande substitute nicotinice sau terapie non nicotinică. Este recomandabil să se consemneze răspunsul pacientului la aceste demersuri în dosarul lui medical şi să se programeze la specialist în consiliere de nivel 2, acolo unde este indicat. [Nivel de dovadă A] (1***)***

2.Medicii de familie şi asistentele lor trebuie să fie instruiţi în mod suficient teoretic şi practic pentru a fi capabili să ofere sfatul minimal antifumat, să asiste o tentativă de renunţare la fumat şi să poată face o indicaţie justă de tratament. [Nivel de dovadă A] (1)

---

[1] *substitutele nicotinice se pot procura fără prescripţie medicală.*

2.2.2. Recomandări generale privind consilierea antitabagică pentru toate serviciile medicale.

Fundamentul strategiei de consiliere antitabagică include sfaturile despre terapia medicamentoasă şi modul de utilizare al acesteia. Aceste intervenţii ar trebui să fie integrate în îngrijirea primară şi ar trebui să fie utilizate de medici indiferent de specialitate. Fumătorii care nu pot renunţa doar prin acţiunea iniţială (voinţă proprie, sfat minimal medical) ar trebui să primească ulterior tratament de specialitate. (4) Această strategie nu este încă răspândită în practica generală, dar un program de consiliere antitabagică ar trebui să fie iniţiat în îngrijirea primară şi susţinut de intervenţii într-o clinică specializată (5, 6).

Intervenţiile complexe în consilierea antitabagică sunt eficace (7), tratamentul este extrem de util în menţinerea stării de sănătate a populaţiei, mai mult chiar decât multe alte intervenţii medicale (8).

Unul din principalele efecte ale sfatului minimal este să le ofere celor care doresc să renunţe la fumat o motivaţie, ceea ce va creşte rata renunţării la fumat. Mulţi fumători nu pot renunţa la fumat fără un ajutor susţinut în acest sens, mai ales mari fumători care prezintă un risc crescut în a dezvolta boli legate de fumat, aceştia fiind fumătorii care au cea mai mare nevoie de ajutor calificat.

Un serviciu de specialitate ar avea cel puţin două funcţii esenţiale: să ajute fumătorii care nu pot renunţa prin acţiunea iniţială, şi să educe şi să susţină alte cadre medicale să ofere intervenţii pentru consilierea antitabagică.

Asistenţa de specialitate prin consilierea antitabagică pentru fumătorii motivaţi, individual şi în grup, este eficientă şi este cost-eficientă (9). Poate fi oferită eficient de către specialişti cu experienţă şi aptitudini în acest sens, indiferent de disciplina lor profesională (3, 10). Tuturor fumătorilor ar trebui să li se ofere sau să fie încurajaţi să folosească terapia medicamentoasă, atunci când nu există contraindicaţii (11, 12).

Recomandări pentru toţi specialiştii în consilierea antitabagică privind consilierea de grup:

1. Consilierea antitabagică ar trebui să fie efectuată în grupuri mici, în aproximativ 5 şedinţe de câte 1 oră timp de o lună, să includă asistenţă psihologică, să beneficieze de un suport social, şi de monitorizare periodică (Nivel de dovadă A).(8)

2. Asistenţa de specialitate în consilierea antitabagică ar trebui să încurajeze utilizarea terapiei medicamentoase, precum şi sfaturi clare şi instrucţiuni cu privire la modul de utilizare (nivel de dovadă A).(10, 14)

Restricţiile impuse de timp şi fondurile băneşti vor determina calitatea serviciilor oferite (7). Pentru un serviciu de specialitate, terapia în grup are un raport cost-eficienţă mai bun. În cadrul unui astfel de serviciu, tratamentul

individual se oferă acelora care din anumite motive nu doresc să fie tratați în grupuri sau sunt incapabili să participe. (8, 13)

Recomandări pentru consilierea pacienților spitalizați

Spitalizarea reprezintă un prilej favorabil de a interveni pentru oprirea fumatului, prin sfatul minimal sau intervenții cu un grad mai ridicat de complexitate efectuate de către personal cu calificare în domeniu, de la caz la caz şi în funcție de posibilitățile respectivei instituții. Argumentele specifice ale medicului care pledează pentru renunțarea la fumat se vor referi la: recuperarea după afecțiunea tratată în spital, pregătirea preoperatorie, diagnosticarea în spital a unei afecțiuni datorate fumatului etc.

Este dezirabil ca, în următorii ani, aceste servicii să poată fi asigurate de cât mai multe spitale din România, începând cu spitalele mari, de referință, crescându-se astfel rata de potențiali pacienți ai centrelor de renunțare la fumat şi contribuindu-se la promovarea la scară națională a acestei activități.

Sugerăm o abordare elementară, simplă şi rapidă, pe prototipul sfatului minimal oferit de medicul de familie, urmat de indicația de adresare la cabinetul unui specialist sau de inițierea curei de terapie farmacologică, dacă pacientul doreşte sau nu are posibilitatea accesului la un centru specializat.

Trebuie constituite baze de date cu toți pacienții asistați şi transmise aceste date medicului lor de familie, pentru a exista o evidență centralizată a intervențiilor de care beneficiază un fumător.

Totodată, implementarea acestor servicii medicale în activitatea cotidiană a spitalului se va face în paralel cu evaluarea de rutină a statusului de fumător şi cu accedarea la statutul de "Spital fără fumat", condiție care impune o sumă de măsuri şi politici pentru sănătatea pacienților şi a personalului, făcând mai facilă acordarea de intervenții medicale pentru oprirea fumatului în unitatea respectivă.

Revizuirea datelor din literatură a relevat că un procent de 5% dintre pacienții spitalizați reuşesc să oprească fumatul, ca urmare a acestor intervenții (14, 15)

Se recomandă ca personalul medical din spitale să determine obligatoriu statusul fumatului şi să acorde sfatul minimal în vederea renunțării la fumat pentru toți pacienții internați, asigurând asistență celor care doresc să oprească fumatul. Totodată recomandăm informarea pacienților cu privire la statutul de spitale fără fumat.(Nivel de dovadă: C) (15). ***Pentru pacienți spitalizați care sunt fumători curenți, recomandăm acordarea obligatorie de ajutor medical calificat pentru oprirea fumatului (Nivel de dovadă A)*** (15).

Bibliografie

1. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004:CD000165.
2. Bao Y, Duan N, Fox SA. Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. Health Serv Res 2006;41:2114-35.
3. Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. A systematic review. Community Dent Health 2007;24:70-4.
4. American Legacy Foundation. Saving lives, saving money: tobacco-free states spend less on Medicaid. Available at: http://www.americanlegacy.org/Files/Policy_Report_4_ _Medicaid_Report_Technical_Notes.pdf
5. Thorndike AN, Regan S, Rigotti NA. The treatment of smoking by US physicians during ambulatory visits: 1994 2003. Am J Public Health 2007;97:1878-83.
6. Conroy MB, Majchrzak NE, Regan S, et al. The association between patient-reported receipt of tobacco intervention at a primary care visit and smokers' satisfaction with their health care. Nicotine Tob Res 2005;7 Suppl 1:S29-34.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults—United States, 2003. MMWR 2005;54:509-13.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Physician and other health care professional counseling of smokers to quit—United States, 1991. MMWR 1993;42:854-7.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs—United States, 1995-1999. MMWR 2002;51:300-3.
10. Thorndike AN, Rigotti NA, Stafford RS, et al. National patterns in the treatment of smokers by physicians. JAMA 1998;279:604-8.
11. Rothemich SF, Woolf, SH, Johnson, RE, et al. Effect on cessation counseling of documenting smoking status as a routine vital sign: An ACORN study. Ann Fam Med 2008;6:60-8.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults—United States, 2006. MMWR 2007; 56:1157-61.
13. Stevens VJ, Solberg LI, Quinn VP, et al. Relationship between tobacco control policies and the delivery of smoking cessation services in nonprofit HMOs. J Natl Cancer Inst Monogr 2005:75-80.
14. Hajek P, West R. Treating nicotine dependence: the case for specialist smokers' clinics. *Addiction* 1998;**93**:637–40.
15. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF Interventions for smoking cessation in hospitalised patients(Cochrane) http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001837.html

2.3. Intervenţia terapeutică de consiliere de specialitate pentru renunţarea la fumat (nivelul 2)

2.3.1 Definiţii

Orice fumător care nu reuşeşte să renunţe la fumat prin voinţă sau în urma sfatului minimal antifumat trebuie să aibă acces la un cabinet de consiliere intensivă pentru renunţare la fumat unde va putea fi asistat de un specialist instruit în acest domeniu.

Consilierea de specialitate pentru renunţarea la fumat cuprinde mai multe componente: terapie farmacologică, consiliere cognitiv-comportamentală şi metode complementare, este asigurată de personal care a absolvit cursuri de formare în domeniu, se bazează pe discuţii faţă în faţă cu fumătorii, în mai multe (minim 4) sesiuni cu durata de 20-45 minute pe parcursul a 8-12 săptămâni şi cuprinde şi o perioadă de urmărire fără terapie medicamentoasă, până la confirmarea abstinenţei tabagice.

Această intervenţie complexă presupune o evaluare iniţială a profilului de fumător cu aprecierea indicaţiei de terapie farmacologică sau nonfarmacologică, vizite intermediare în vederea controlului evoluţiei bolii sub tratament, monitorizarea biomarkerilor expunerii organismului la fum de tutun şi evaluarea finală cu aprecierea rezultatelor.

Intervenţia este considerată eficace dacă se atinge abstinenţa tabagică la finele curei terapeutice şi se menţine pentru cel puţin 6 luni.

Revizuirea datelor din ghidurile de tratament al dependenţei tabagice existente în uz în alte ţări a relevat o varietate de intervenţii specializate, oferite de personal medical format în tehnici de consiliere de profil. Majoritatea acestora sunt axate pe două modalităţi de abordare: consiliere individuală faţă în faţă şi consiliere de grup. Ambele apelează la o echipă de lucru formată din medic, asistentă, şi adesea psiholog sau personal nemedical format în tehnici de asistare psihologică.

În cele mai multe ghiduri, consilierea de grup pentru oprirea fumatului este cotată ca un nivel foarte complex de asistare a fumătorilor, corespunzând nivelului 3 de intervenţii specifice.

După cum am precizat în introducere**,** intenţia noastră în ghidul de faţă este de a oferi un instrument de lucru care să răspundă golului existent în sistemul medical românesc în privinţa asistenţei medicale a fumătorului. Din acest motiv, ne vom referi strict la acele elemente de consiliere intensivă care au inceput sa fie disponibile in ţara noastră, în reţeaua de centre de renunţare la fumat deservite de specialişti cu precădere pneumologi instruiţi în terapia dependenţei nicotinice, urmând ca într-o ediţie viitoare să le inserăm şi pe celelalte – şi ne referim aici la consilierea de grup – pe măsură ce ele vor fi implementate. (1)

2.3.2. Personalul care furnizează servicii de consiliere de specialitate în vederea renunțării la fumat.

Consilierea specializată este disponibilă în România în câteva centre de renunțare la fumat dezvoltate în clinici, spitale sau ambulatorii de pneumologie – în majoritatea cazurilor. Activitatea centrelor de renunțare la fumat s-a inițiat în funcție de apartenența profesională a medicilor care au obținut calificare în acest domeniu, în principal medici din specialitatea pneumologie, dar şi medicină internă, sănătate publică etc.

În funcție de gradul de expertiză al acestora şi de solicitările populației din zona respectivă, ele au cunoscut o amploare mai mult sau mai puțin importantă. Primele centre de acest fel au fost create la Bucureşti, Iaşi si Timişoara, începând cu anul 2000. În anii următori s-au derulat programe pilot şi studii clinice care au permis dezvoltarea de expertiză şi în Cluj, Tg.Mureş, Sibiu, pentru ca în 2007-2008 să existe deja o rețea ceva mai numeroasă de medici implicați în această activitate, desfăşurată în cadrul unui program național de sănătate finanțat de Ministerul Sănătății şi acoperind insuficient la ora actuală, dar proporționat mai multe județe ale țării.

La fel ca în alte țări, şi în România deschizători de drumuri au fost pneumologii. Prin natura specialității lor, ei sunt cel mai adesea în contact cu patologia respiratorie cauzată de fumat (principalul grup de condiții patologice atribuite expunerii la tutun) şi sunt cei mai în măsură să asiste *tabagismul cronic*, dat fiind că inhalarea este modalitatea prin care pătrunde fumul de tutun în organism, declanşând mecanismul de dependență nicotinică şi îmbolnăvirea.

Specialiştii în renunțare la fumat sunt aşadar în majoritate pneumologi, dar şi profesionişti de medicină internă cu a doua specialitate pneumologia. Cei care lucrează în centrele universitare cu expertiză din Bucureşti, Iaşi, Timişoara şi Cluj desfăşoară şi activitate de formare fie în centrele universitare respective, unde sunt organizate anual cursuri de formare în tehnici de sevraj tabagic, fie prilejuit de activitatea de cercetare ştiințifică sau clinică în domeniul dependenței tabagice. În aceste centre, se pot înscrie la cursuri de specializare şi pot dobândi calificare pe baza expertizei existente, medicii care doresc să se specializeze în consiliere pentru renunțarea la fumat.

De asemeni, personalul din aceste centre este implicat în proiecte internaționale sau programe naționale de prevenire a fumatului la tineri, de creare de locuri de muncă fără fumat, de educare a populației pentru o viață sănătoasă fără fumat etc. Astfel, medicii integrează activitatea medicală de asistare a fumătorilor cu programele de educație sanitară, intervențiile în media, participarea la evenimente sociale, totul contribuind la măsurile de control al tutunului, un segment important de susținere a politicilor de sănătate dedicate celor expuşi la riscurile consumului de tutun.

În actuala formulă de lucru, exceptând medicii şi psihologii integrați în programul național *Stop fumat 2007-2008*, nu sunt prevăzute alte categorii de

personal de deservire a acestor centre de renunțare la fumat. Există premise ale creşterii numărului de medici şi psihologi implicați în asistarea fumătorilor în țară, cu sprijinul responsabililor în domeniu. Ar trebui luată în considerare asigurarea într-o primă fază a extinderii numărului de centre de renunțare la fumat în cât mai multe județe ale României, astfel încât populația să aibă acces facil pe plan local, în mod egal, fără a se neglija fumătorii din mediul rural, la aceste servicii.

Într-o a doua etapă, este necesară acoperirea tuturor centrelor de renunțare la fumat funcționale cu cadre medicale auxiliare (optăm pentru asistente medicale sau nurse), care să degreveze activitatea medicului de sarcinile administrative (bază de date, evaluari, completarea fişelor, formularelor, programări, furnizarea şi explicarea datelor sau materialelor informative pentru pacienți etc.).

În fine, într-o a treia etapă este benefică creşterea gradului de complexitate a asistenței fumătorilor prin asigurarea tuturor serviciilor de profil cu asistență psihologică specifică sevrajului tabagic**.**

După cum s-a mai menționat, asistarea fumătorilor trebuie atinsă şi generalizată prioritar în România la un nivel de bază (nivelul 1 - medicină primară, medic de familie, servicii primare) şi totodată la un nivel avansat (nivelul 2- cel al consilierii intensive de specialitate asigurate majoritar de serviciile de pneumologie).

În stadiul prezent al asistenței tabagismului cronic din țara noastră, până când rețeaua primară şi de medicină de familie va deveni operativă în toate regiunile țării, efortul principal în perspectiva imediată rămâne în sarcina cabinetelor specializate de renunțare la fumat existente şi în dezvoltare, urmând ca pe măsură ce nivelul bazal se implementează, acestora să le revină efectiv doar consilierea intensivă, rezervată cazurilor selectate prin sfat minimal sau cazurilor dificile.

Deocamdată cabinetele de renunțare la fumat se află în etapa în care asistă deopotrivă fumători adresați direct, de medici de familie sau de medici cu diverse specialități, dar şi cazuri recidivante, cu probleme diverse, în egală măsură cu cazurile aflate la intervenții inaugurale. Marea majoritate a pacienților cu tabagism cronic care solicită consiliere specializată nu au primit sfatul minimal antifumat. Iată de ce, este practic imposibil de standardizat intervenția specializată în prezent, deseori medicii fiind nevoiți să alterneze sfatul minimal cu consilierea intensivă, chiar dacă activează într-un centru de specialitate cu expertiză avansată.

Este recomandabilă asistarea obligatorie a tuturor categoriilor de fumători adresați cabinetelor de consiliere specializată intensivă, potrivit cu profilul, statusul şi antecedentele fumatului.

2.3.3. Conținutul intervenției de consiliere intensivă de specialitate în vederea renunțării la fumat

Parcurgerea datelor din literatură a relevat ca un numitor comun al tuturor ghidurilor de terapie a dependenței tabagice, strategia în 5 trepte, schematizată ca strategia celor "5 A"-engl. (în rom *ISAAP*).

Întreabă (pacientul dacă consumă tutun)

Sfătuieşte (pacientul să oprească fumatul)

Apreciază (motivația pacientului pentru oprirea fumatului)

Asistă (pacientul pe durata tratamentului dependenței nicotinice)

Programează (pacientul la control-vizite de monitorizare pe parcursul tratamentului).

Această strategie se aplică atât sfatului minimal şi intervențiilor de bază de nivel 1 în varianta rapidă 3-5 minute, dar şi consilierii de specialitate, în varianta intensivă (elaborată).

2.3.4. Etapele consilierii de specialitate în vederea renunțării la fumat

Actul medical complex al consilierii intensive în vederea opririi definitive a fumatului presupune practic următoarele etape:

2.3.4.1. Consultația inițială a fumătorului – cuprinde evaluarea fumătorului şi stabilirea unei indicații terapeutice.

Evaluarea fumătorului se referă la profilul fumatului şi motivația de a renunța.

În stadiul prezent de dezvoltare a serviciilor de asistență a fumătorilor în România, recomandăm ca această evaluare să se facă prin consiliere individuală, respectiv discuția față în față medic-pacient.

Trebuie cerute fumătorului informații despre: anamneza fumatului, motivația de renunțare la fumat, tentativele anterioare de sevraj. Acestea definesc profilul său de fumător.

În vederea unei evaluări inițiale cât mai complete, sunt absolut necesare consemnarea vârstei, a sexului, a antecedentelor personale fiziologice la femei, a antecedentelor personale patologice şi a consumurilor medicamentoase curente în eventualitatea unor efecte adverse, contraindicații sau interacțiuni medicamentoase posibile ale terapiei farmacologice.

Toate detaliile utile legate de motivația pacientului pentru a opri fumatul se obțin cu ajutorul interviului motivațional, redat în **Anexa 3** (v. suplimentul ghidului).

Este bine de luat în considerare solicitarea unei adeverințe medicale din partea medicului de familie cu evidența bolilor cronice, bolilor grave, a

afecțiunilor psihiatrice şi a medicamentelor cu administrare curent – concomitentă. De asemeni recomandăm certificarea de rutină a absenței sarcinii la femeile de vârstă activă sexual, la vizita de consult inițială a fumătoarei, în situația în care se prescrie terapie farmacologică.

Redăm în **Anexa 4** (v**.** suplimentul ghidului) o propunere de fişă de vizită initială a fumătorului, care reuneşte elemente aflate deja în uz în unele centre de renunțare la fumat din România cu elemente consemnate în evaluarea inițială a fumătorilor în alte centre de profil din lume.(2)

Selectarea tipului de interventie medicală adecvat în funcție de rezultatul evaluării inițiale.

Metoda de renunțare la fumat potrivită fiecărui pacient trebuie indicată pe baza datelor obținute la evaluarea inițială şi al gradului de motivare pentru a opri fumatul la momentul respectiv al individului care solicită consultația.

Întrebarea cheie care permite cunatificarea motivației de sevraj este: " *Sunteți pregătit să opriți fumatul acum?"*

Dacă răspunsul este afirmativ, medicul va opta de primă intenție pentru terapia farmacologică, dat find că este cea mai eficientă şi este actualmente disponibilă în România.

Medicul va prezenta medicamentele indicate pacientului, îl va informa despre contraindicații şi efecte secundare şi vor alege de comun acord varianta optimă. Totodată îl va informa despre simptomele de sevraj care se pot instala în primele săptămâni de la oprirea fumatului şi va programa o primă vizită de control în preajma datei fixate pentru sevrarea fumatului.

Consultația inaugurală trebuie să prilejuiască şi o evaluare a şansei de reuşită a sevrajului precum şi a riscurilor de recidivă.

Factorii psihologici şi comportamentali care definesc personalitatea, factorii care țin de mediu, habitat sau anturaj au impact asupra succesului sevrajului fumatului.

Astfel de factori se pot anticipa din evaluarea propriu-zisă obținută prin fişa de observație, unele chestionare standardizate, dar sunt totodată identificabili prin discuția specialist-pacient, singura care poate releva subtilități de percepție a profilului psiho-comportamental al fumătorului respectiv.

Impactul pozitiv asupra renunțării la fumat este sugerat de un loc de muncă fără fumat, locuință fără fumat, anturaj care nu fumează în prezența pacientului pe parcursul tentativei de sevraj.

Riscul de recidivare la fumat (v. tabelul nr. 1) după sau pe parcursul tentativei de sevraj tabagic, se apreciază prin evaluare cognitiv-comportamentală şi psihologică sau se cuantifică obiectiv prin: determinări

biologice specifice de biomarkeri ai expunerii la fum de tutun (monoxid de carbon în aerul expirat, cotinina urinară) sau evaluare psihiatrică.

Factorul cu impact negativ asupra sevrajului	**Identificarea factorului contra sevraj**
Dependența nicotinică severă	Mare fumător (fumează > 20 țigări/zi) și scor de dependență: 7-10
Istoric de afecțiune psihiatrică, personalitate depresivă sau consum de medicamente psihotrope	Alcoolism, status depresiv, labil, comorbidități psihiatrice.
Stress	Circumstanțe care creează condiții de stress şi constituie stimuli negativi asupra fumătorului: traume psihice, lipsuri, frustrări, divorț, şomaj etc.)
Fumat pasiv	Expunerea la fumat pasiv acasă, la serviciu, în cercul de prieteni.

Tabelul nr. 1 Factori care inflențează negativ rata de abstinență tabagică (sursa: Treating tobacco use and cessation-U.S. Department of Health and Human Services, Mai 2008)

De multe ori, dacă subiectul doreşte cu tot dinadinsul să renunțe la fumat, existența unor astfel de circumstanțe nefavorabile (stres, fumat pasiv etc.) nu constituie un obstacol în calea atingerii abstinenței tabagice dacă se apelează la terapia farmacologică eficace, însă, per ansamblu, aceşti factori stau la originea unor rate mai modeste de reuşită în oprirea fumatului, față de indivizii care nu au asemenea elemente de risc de recidivă.

Pornind de la conceptul că stadiile schimbării descrise în suplimentul ghidului influențează decizia terapeutică în vederea renunțării la fumat şi respectând ideea logică despre inutilitatea aplicării unei intervenții agresive asupra unui pacient care nu doreşte să oprească fumatul, în acord cu alte ghiduri internaționale (3, 4,) propunem următoarele strategii de consiliere specializată, aplicabile şi în condițiile desfăşurării activității de profil din țara noastră :

a) Pentru cei ce doresc şi sunt motivati să renunțe la fumat este indicată o intervenție intensivă completă reunind terapia farmacologică, consilierea cognitiv-comportamentală, susținerea ajutătoare prin intermediul liniilor telefonice de suport şi alte metode dacă sunt disponibile (consiliere psihologică, terapie de grup, participare la programe pe internet sau proiecte comunitare, materiale informative autoajutătoare pentru pacienți etc.)

Toate aceste posibilități de renunțare la fumat sunt detaliate separat, în capitolul 2.4., unde se fac referiri punctuale la toate metodele de tratament ale dependenței tabagice, separate în două grupe distincte: terapia farmacologică şi terapiile nonfarmacologice.

Se recomandă - dat fiind potențialul cronic recidivant al dependenței nicotinice - prescrierea terapiei farmacologice în toate cazurile apreciate de către specialist ca eligibile, cu precădere la marii fumători cu dependență severă de nicotină. La pacienții la care nu este posibilă administrarea de medicamente se recomandă tratamentul nonfarmacologic, astfel încât orice fumător să primească suport terapeutic, dat fiind că terapia dependenței tabagice este dovedită ca eficace (Nivel de dovadă A) (3).

b) Pentru cei ce nu doresc şi nu sunt motivați să renunțe la fumat – această primă adresare la cabinetul specializat de renunțare la fumat este decisivă şi constituie o oportunitate ideală de a influența stadiul schimbării în care se află pacientul.

De cele mai multe ori este vorba despre pacienți care nu au primit niciodată informații despre fumat de la vreun cadru medical, de pacienți lipsiți de cunoştințe elementare cu privire la riscurile fumatului, sau de pacienți care solicită consiliere la presiunea familiei, a anturajului, a unor medici curanți datorită potențialului nociv inerent al unei boli aflată în evoluție sau a unui risc potențial atribuibil fumatului.

Astfel de persoane fie nu sunt conştiente de pericolul expunerii organismului la fumul de tutun, fie sunt incapabile de a estima corect riscul personal în lumina propriei stări de sănătate, eventual riscul secundar pentru cei din familie, loc de muncă etc. pe care îi expun pasiv la fumat. Alteori, ei sunt indivizi deja demoralizați de eşecul unor tentative anterioare de sevraj, temători de posibilul nou eşec sau în fine sunt persoane lipsite de o minimă voință pentru a tenta renunțarea, chiar şi cu ajutor medical şi suport terapeutic eficace. Aceştia din urmă sunt în majoritate mari fumători, cu dependență severă de nicotină, adesea cu statut social, educațional şi material precar, dar astfel de cazuri se pot selecta şi din rândul fumătorilor care au primit intervenții pro sevraj tabagic inadecvate, efectuate de personal medical fără calificare sau expertiză de specialitate.

În cazul pacienților nemotivați recomandăm un algoritm de sevraj tabagic constând din 5 trepte de construire a mesajului motivațional, cei "5R"-engl. (RRROR-rom.) (3, 5):

1. Relevarea motivației de a renunța (pacientul nu posedă suficiente cunoştințe care să îl motiveze să oprească fumatul – acestea pot fi oferite ferm şi concis: expunerea pasivă a copiilor la fumat în locuință, riscul de BPOC, accident vascular cerebral etc.);

2. Riscuri posibile pentru sănătate (sunt evaluate concret în funcție de antecedentele, alți factori individuali, de mediu, ereditari ai fumătorului);

3. Recompensa (identificarea împreună cu pacientul a beneficiilor opririi fumatului);

4. Obstacolele posibile (în calea reuşitei sevrajului tabagic sunt identificate concret împreună cu fumătorul);

5. Repetarea intervenției de motivare pentru renunțarea la fumat (se reia la fiecare nouă vizită această schemă de discuție cu pacientul pentru a crea convingerea justificatoare pentru obținerea motivației).

2.3.4.2. Consultațiile de control, "follow up" sau monitorizarea sevrajului tabagic.

Pe parcursul perioadei de tratament al dependenței tabagice, indiferent de schema terapeutică indicată, se recomandă supravegherea (urmărirea sau *follow-up, engl*.) pacienților prin vizite de control (cel puțin două) cu scopul de a ne asigura că pacientul urmează tratamentul corect, în dozele standard în cazul terapiei farmacologice, că nu are dificultăți psiho-comportamentale sau simptome insurmontabile datorate sindromului de sevraj, că nu are efecte adverse medicamentoase.

Totodată vizitele de control permit: updatarea statusului fumatului, monitorizarea biomarkerilor fumului de tutun şi prevenirea eşecurilor. Acestea oferă prilejul unui suport susținut din partea medicului, care poate interveni în timp util în cazul în care fumătorul este demoralizat sau experimentează revenirea la fumat după o scurtă abstinența temporară. Propunem un model de fişă de vizită de control în **Anexa 5 (**v. suplimentul ghidului)

Menținerea unei legături permanente cu fumătorul aflat în perioada de terapie pentru renunțarea la fumat este crucială.

Această legătură poate fi materializată în vizite de control cu discuții față în față cu specialistul în consiliere intensivă dintr-un centru de renunțare la fumat, apelarea unei linii telefonice gratuite, a unui telefon de serviciu dintr-un cabinet medical, corespondență electronică (E-mail) sau follow up realizat de personal auxiliar – asistente medicale, psihologi, alți colegi medici, medici de familie – persoane cu care pacientul poate veni în contact în mod mai accesibil decât cu specialistul în renunțare la fumat.

Este mai puțin importantă respectarea riguroasă a unui număr obligatoriu de vizite la cabinetul medical sau completarea unei documentații foarte laborioase. Ceea ce are importanță este o bună comunicare între fumător şi personalul care îl asistă în procesul de de renunțare la fumat astfel încât pacientul să se simtă susținut în permanență şi ajutat, să ştie că orice problema s-ar ivi pe durata terapiei de sevraj are un acces rapid la consiliere şi va găsi o soluție.

Pe de altă parte, mai ales în condițiile deficitului de personal calificat din țara noastră, timpul medicilor – deocamdată singura categorie de furnizori calificați de servicii de profil – este extrem de disputat şi orice modalitate ingenioasă de a păstra legătura cu pacienții este binevenită.

În experiența noastră, perioada de follow-up poate fi jugulată cu succes prin 2-3 vizite fizice la cabinetul de consiliere antifumat şi punerea la dispoziția celor asistați a unei căi de acces telefonic sau via internet prin care să poată comunica prompt cu medicul lor în eventualitatea unor evenimente adverse,

situații neprevăzute legate de tratament, programarea vizitelor de control sau afecțiuni intercurente.

Cea mai importantă este prima vizită de control – stabilită în general în decursul săptămânii 2 sau 3 de tratament, în imediata apropiere a preconizatei date la care pacientul îşi fixează data renunțării la fumat.

Majoritatea specialiştilor recomandă fixarea zilei de renunțare la fumat în cursul săptămânii a doua de terapie. Cu toate acestea dorim să semnalăm că în măsura experienței de care dispune şi în acord cu profilul fumătorului, specialistul poate recomanda şi o dată mai îndepărtată pentru fixarea zilei opririi fumatului, de exemplu: în cursul săptămânilor 3-6, în situații speciale din categoria: pacienți mari fumători, cu dependență nicotinică severă, cu factori de risc pentru recidiva fumatului, pacienți cu multiple cure nereuşite de tratament al dependenței tabagice în antecedente.

Sugerăm supravegherea perioadei de terapie a dependenței nicotinice prin minimum 2-4 vizite de control, asigurarea unui contact telefonic accesibil pacientului şi monitorizarea biomarkerilor expunerii la fum de tutun.

2.3.4.3. Consultația finală – atingerea şi menținerea abstinenței tabagice.

Obiectivul principal al unei intervenții medicale reuşite este succesul sevrajului tabagic. Desigur, acest lucru nu este întotdeauna posibil, rata de succes descrisă în literatură fiind sub 40%, dar scopul medicului curant este de a se asigura că a încercat toate metodele pentru a ajuta fumătorul să renunțe definitiv la tutun. (6, 7) Pentru a confirma succesul tentativei de sevraj tabagic pacientul trebuie să atingă abstinența tabagică şi apoi să reuşească menținerea ei.

1. Definirea abstinenței tabagice

Obținerea abstinenței tabagice la finele tratamentului La finele perioadei de tratament se va face evaluarea finală a statusului fumatului şi se va obiectiva abstinența.

Aceasta trebuie demonstrată cu ajutorul biomarkerilor prezenței fumului de tutun în organism şi documentată în dosarul medical al pacientului.

Propunem o fişă de evaluare la vizita finală de încheiere a tratamentului, cu toate informațiile pe care le considerăm utile pentru a putea consolida reuşita curei terapeutice în **Anexa 6**.(v. suplimentul ghidului).

În această fişă se vor nota obligatoriu: obiectivarea abstinenței, data renunțării la fumat, efectele adverse ale medicației, beneficii ale opririi fumatului, starea sindromului de sevraj la finele tratamentului şi opțional la câte zile de la începerea tratamentului a avut loc renunțarea la fumat. Dacă pacientul nu a reuşit să renunțe, dar a redus fumatul – se va nota câte țigări pe zi fumează în etapa de reducere a fumatului, ce beneficii fizice şi comportamental-psihologice ale reducerii consumului de tutun a câştigat.

Certificarea abstinenței tabagice este un punct delicat, nu întotdeauna realizat pe baza unor criterii standardizate, uniform valabile în interpretarea

rezultatelor studiilor clinice şi programelor de renunţare la fumat. Menţionăm doar absenţa validării biochimice a statusului fumatului în unele protocoale clinice sau lipsa menţionării distincţiei între *abstinenţa la un moment dat* (subiectul a fost găsit nefumător la momentul vizitei de control) şi *abstinenţa continuă* (subiectul este găsit nefumător pe toată perioada de follow-up).

Cercetarea datelor din literatură referitoare la acest aspect, ne-a determinat să optăm pentru criteriile Russell, propuse şi publicate în 2005 de către grupul de lucru condus de profesorul Robert West. (8) S-a intenţionat de fapt stabilirea unui set de 6 criterii standard, pentru o mai riguroasă interpretare a rezultatelor studiilor clinice despre tratamentul dependenţei nicotinice. Ele au fost intitulate criteriile Russell, în onoarea lui M.A.H. Russell, personalitate care a avut contribuţii majore în acest câmp de cercetare.

Le redăm mai jos, cu speranţa că pot constitui un instrument de lucru valoros în activitatea centrelor de renunţare la fumat, atât în activitatea de asistare medicală curentă a pacienţilor care doresc să renunţe la fumat cât şi în activitatea de cercetare clinică în domeniul terapiei dependenţei tabagice.

Criteriile Russell de definire a abstinenţei tabagice (9)

1. *Durata abstinenţei*

Se apreciază ca un criteriu de afirmare a abstinenţei o perioadă de minimum 6 luni de la data fixată pentru şi realizarea efectivă a sevrajului fumatului. Cu alte cuvinte dacă fumătorul a fixat o zi de oprire a fumatului, fie ea ca prima tentativă sau ulterioară, şi a reuşit să oprească fumatul, de la acea zi se calculează 6 luni, iar dacă la finele celor 6 luni el este tot nefumător, se poate afirma abstinenţa.

Desigur apar interpretări de genul: cele 6 luni se măsoară de la ziua efectivă a opririi fumatului sau de la ultima zi de terapie (ştiut fiind că unele cure durează 3-6 luni sau chiar mai mult). De aici şi unele indicaţii de a considera perioada standard de confirmare a abstinenţei de 12 luni.

Certificarea abstinenţei se realizează prin vizita de control la 6 luni de la data renunţării la fumat.

2. Definirea abstinenţei

Raportarea de către pacient a unui consum între 0-5 ţigări/ zi în cursul perioadei de 6 luni de la oprirea fumatului, împreună cu rezultatul negativ al testului biochimic de evidenţiere a biomarkerilor fumului de tutun definesc abstinenţa tabagică la vizita finală a tratamentului.

Se va face distincţia între *abstinenţa de moment (de vârf)* determinată la momentul vizitei în cabinet şi *abstinenţa continuă*.

Abstinenţa continuă se va aprecia prin vizite seriate pe parcursul celor 6 luni de atestare a abstinenţei tabagice. La aceste vizite, pacientul răspunde la

chestionarul despre statusul fumatului şi totodată se efectuează şi validarea biochimică a acestuia.

Aceste vizite sunt lunare sau mai dese – în funcţie de profilul de fumător al pacientului. Absenţa neanunţată de la o singură vizită urmată de abandonul pacientului în perioada de follow-up pe perioada celor 6 luni de la oprirea fumatului justifică declararea eşecului terapiei de sevraj.

3. Validarea biochimică a abstinenţei este obligatorie. (10)

Este recomandabil să se realizeze la toate vizitele şi este obligatorie la vizita finală. Determinarea concentraţiei monoxidului de carbon (CO) este metoda de preferat, având în vedere că demonstrează prezenţa CO, biomarker care nu poate proveni decât din fumul de tutun.

Valori mai mici de 10 ppm CO în aer expirat permit declararea pacientului ca nefumător**.** Metoda este simplă, ieftină pe termen lung şi disponibilă în România.

Măsurarea cotininei ca biomarker-metabolit al nicotinei – în sânge, salivă, urină are specificitate şi sensitivitate mai ridicată faţă de CO, dar trebuie să se ţină cont de faptul că nicotina se găseşte şi în tutun dar şi în preparatele farmaceutice pe bază de nicotină, prin urmare la un fumător care consumă gumă sau alt preparat medicinal cu nicotină şi fumează, nu vom putea interpreta exact rezultatul de laborator al cotininuriei, cotininei sanguine sau salivare. O ajustare cu 50 ng/ml pentru testul urinar la aceste cazuri ar fi indicată. (11)

În condiţiile concrete în care produsele de substituţie nicotinică se pot procura în România fără prescripţie medicală, recomandăm chestionarea pacienţilor dacă şi-au administrat din proprie iniţiativă astfel de medicamente, pentru o interpretare cât mai fidelă a rezultatului cotininuriei.

Totodată este recomandabilă confirmarea validării statusului de fumător printr-un test al monoxidului de carbon în aerul expirat.

Validarea biochimică a abstinenţei tabagice se indică în primul rând prin concentraţia monoxidului de carbon în aerul expirat.(10)

4. Definirea intenţiei de a urma tratamentul corect

Determinarea ratei de abstinenţă se face luând în calcul toţi subiecţii care au primit tratament, au urmat cura completă şi au fost prezenţi la vizitele de follow-up.

Cei pierduţi în perioada de supraveghere (schimbare adresă, telefon etc.) vor fi consideraţi ca rămaşi fumători, fiind păstraţi în baza de date a centrului.

Abstinenţa tabagică se confirmă numai la acei pacienţi care întrunesc condiţiile enumerate de criteriile 1-3.

5.*Definirea tratamentului corect*

Se certifică abstinenţa conform criteriilor 1-4 numai la acei subiecţi care au urmat tratamentul corect, în doze standard, nu au adăugat la schema terapeutică medicaţii sau alte terapii din proprie iniţiativă şi au fost prezenţi la

toate vizitele de monitorizare cu respectarea graficului validării biochimice a statusului fumatului.

6. Colectarea datelor (chestionare, evaluarea sd. de sevraj etc.) să se facă prin metode dublu-orb, atunci când este posibil.

Obținerea informațiilor necesare validării abstinenței poate părea laborioasă, cronofagă multora dintre fumători, care pot acuza lipsa de timp pentru a participa la toate aceste etape din programul de renunțare la fumat.

Colaborarea medicului specialist cu personal ajutător de preferat asistentă medicală sau psiholog se poate dovedi benefică din acest punct de vedere, scăzând numărul de pacienți care abandonează tratamentul pe parcurs.

În plus, pacientul are şansa unei a doua opinii, a unui suport psihologic iar medicul este degrevat de activități minuțioase care îi solicită timp suplimentar.

2. Managementul abstinenței tabagice.

Perioada de 6-12 luni următoare opririi consumului de tutun este critică pentru orice fumător, oricât de eficientă ar fi metoda de renunțare la fumat şi oricât de motivat să renunțe ar fi pacientul respectiv. Specialistul va trebui să mențină un contact periodic cu proaspătul fost fumător în acest interval şi să-l asiste la nevoie, dacă reapar simptomele de sevraj.

Chiar de la prima consultație, trebuie subliniată natura cronic-recidivantă a consumului de tutun şi riscul reluării fumatului atât în cursul perioadei de terapie şi imediat după (situația cea mai frecventă), dar şi la distanță, după luni sau ani buni de la declararea abstinenței tabagice. Astfel, pacientul va trata problema opririi fumatului cu responsabilitate şi nu vom întâmpina rezistență în reluarea intervenției medicale, în cazurile care necesită prevenirea recidivei.

Practic, clinicianul poate preveni recidivele intervenind constant încă de la vizita inițială şi apoi, la vizitele de follow-up prin: încurajarea permanentă a deciziei de a opri fumatul, sublinierea beneficiilor sevrajului şi rezolvarea "din mers" a problemelor apărute pe parcurs. Această comunicare continuă cu pacientul trebuie completată şi telefonic sau prin alte mijloace, pentru a da rezultate.

Se va lua în considerare faptul că riscul de recidivă a fumatului poate fi controlat cel mai bine prin strategii terapeutice care îmbină folosirea de terapii farmacologice dovedite eficiente cu un nivel ridicat de educație medicală a pacientului şi cu terapia comportamentală, livrate printr-un program intensiv susținut pe parcursul a minimum 4 sesiuni de vizite medicale, cu durata de cel puțin 15 minute. (Nivel de dovadă C) (3)

În cazul în care pacientul reia fumatul, el va fi reintrodus în algoritmul intervenției de sevraj, dacă îşi exprimă dorința de a face o nouă încercare de renunțare la fumat, iar dacă nu mai doreşte să încerce din nou imediat, se

recomandă programarea unei şedinţe scurte de consiliere menite să crească gradul de motivare pro sevraj.

Trebuie analizaţi toţi factorii pozitivi şi negativi predictori ai recidivei pe termen scurt sau ai recidivelor la distanţă pentru ca astfel, clinicianul să poată aprecia ca oportună o a doua intervenţie pentru sevraj.

La această a doua cură, se recomandă fie intensificarea intervenţiei – cu follow-up mai consistent, adăugarea componentei de psihoterapie, alte metode complementare (terapie de grup etc.), repetarea primei cure de terapie sau folosirea de terapii farmacologice în combinaţii care nu s-au folosit la curele anterioare. (12)

Pentru această categorie de pacienţi vulnerabili sub raportul riscului de revenire la fumat, propunem două algoritmuri specifice de asistare, schematizate mai jos. (13, 14)

Algoritm pentru pacienţi care au renunţat recent la fumat

În general, discuţia cu pacienţii care au oprit de curând fumatul (câteva săptămâni - 6 luni) se va axa pe sublinierea aspectelor pozitive legate de reuşita sevrajului. Orice aspect bun relevat de discuţia cu pacientul pe baza chestionarului de mai jos, va fi "premiat" şi se va construi un mesaj pozitiv de reuşită pentru pacient, de autostimă a acestuia pentru atingerea abstinenţei.

Interviul va urmări răspunsuri la următoarele întrebări:

1. Beneficiile pe care le resimte în urma renunţării la fumat.
2. Aspectele pozitive, percepute ca realizări personale: perioada mare de abstinenţă, depăşirea dificultăţilor legate de sindromul de abstinenţă la nicotină etc.
3. Evaluarea riscurilor posibile sau înregistrate pe parcursul procesului de renunţare: creştere ponderală, stări depresive, factori de risc pentru recidiva fumatului.
4. Modul în care a urmat/tolerat tratamentul medicamentos.

Algoritm de asistare pentru foşti fumători care experimentează probleme la distanță. (Tabelul 2)

Problema întâlnită	***Soluția***
1.Lipsa de suport pentru sevraj	*Programare la specialist-asistare, linii telefonice de suport, sprijin suplimentar-familie, anturaj, medic de familie, psiholog.*
2.Modificări de dispoziție sau de stare psihică – depresie etc.	*Consiliere, psihoterapie, medicație.*
3.Sindrom de sevraj prelungit	*Prelungirea duratei tratamentului medicamentos, scheme terapeutice cu combinații de medicamente, simptomatice.*
4.Creştere în greutate	*Program de exerciții fizice, dietă echilibrată, consilier nutriționist, sublinierea beneficiului pentru sănătate al sevrajului în balanță cu creşterea ponderală moderată care este inerentă inițial dar se corectează în timp, folosirea medicației de sevraj tabagic care întârzie surplusul ponderal.*
5. Persistența/Revenirea apetitului de a fuma	*Încurajarea folosirii prelungite a medicației de sevraj, încurajarea unei noi tentative de a opri fumatul, sublinierea naturii cronice a bolii cu multiple posibile recăderi, adresarea la cabinete specializate de renunțare la fumat.*

Tabelul nr. 2 Factori care inflențează negativ rata de abstinență tabagică (sursa: Treating tobacco use and cessation-U.S. Department of Health and Human Services, Mai 2008)

Bibliografie

1. Borgne A; Aubin HJ; Berlin I. Current therapeutic strategies in smoking cessation, Rev Prat. 2004; 54(17):1883-93
2. www.chestnet.org.
3. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update U.S. Department of Health and Human Services, May 2008,
4. National Health Service Executive (NHSE) guidelines *Thorax* 1998;53 (Suppl 5, Part 1): S13–S15.

5. Nerína, A. Crucelaeguib, A. Masb and D. Guillénb, Profile of smokers who seek treatment at a smoking cessation clinic Arch Bronconeumol 2003;39(7):298-302
6. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Getting evidence into practice. *Eff Health Care.* 1999;5:1–16.
7. Solberg LI. Guideline implementation: what the literature doesn't tell us. *Jt Comm J Qual Improv.* 2000;26:525–537.
8. West R., Hajek P., Stead L., Stapleton J., Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for common standard, Addiction, 100, 299-303.
9. Visvesvaran, C. & Schmidt, F.L. (1992). A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *Journal of Applied Psychology,* 77, 554-561.
10. United States Department of Health and Human Services (USDHHS) (2000), *Treating Tobacco Use and Dependence.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research Quality.
11. Jarvis, M.J., Primatesta, P., Erens, B., Feyerabend, C. & Bryant, A. (2003). Measuring nicotine intake in population surveys: compatibility of saliva cotinine and plasma cotinine estimates. *Nicotine and Tobacco Research,* 5, 349-355.
12. Shiffman S, Paty JA, Gnys M, et al. First lapses to smoking: within-subjects analysis of real-time reports. J Consult Clin Psychol 1996; 64: 366–379.
13 Niaura R, Abrams DB, Shadel WG, Rohsenow DJ, Monti PM, Sirota AD: Cue exposure treatment for smoking relapse prevention: a controlled clinical trial. *Addiction* 1999, 94:685-695 14.
14. Law M, Tang JL: An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995, 155:1933-1941

2.4. Tratamentul specific al dependenței nicotinice

O trecere în revistă succintă, dar completă a tuturor opțiunilor terapeutice a fost făcută în suplimentul la ghid.

În cele ce urmează vom formula recomandări referitoare numai la terapiile farmacologice şi nefarmacologice disponibile în România, la data publicării prezentului ghid, bazate pe revizuirea datelor din literatură şi pe rezultatele puțin consistente deocamdată acumulate de specialişti români în scurtul interval de timp de practică în domeniu.

2.4.1 Terapia farmacologică a dependenței nicotinice

2.4.1.1. Terapia de substituție nicotinică (TSN)

O apariție recentă în peisajul farmaceutic din țara noastră (vara anului 2007), substitutele nicotinice se găsesc în alte țări sub mai multe forme de administrare, dar pentru moment, dintre toate acestea, preparatele disponibile în România sunt *Gumă de mestecat cu nicotină de 2 mg*, *Gumă de mestecat cu nicotină de 4 mg* şi *Plasturi cu nicotină de 15 mg*. În conformitate cu legislația în vigoare, aceste preparate medicinale cu nicotină se pot procura direct din farmacii, fără prescripție din partea medicului.

Pornind de la principiul pe care se bazează terapia de substituție, cel al eliberării de nicotină în organism care să înlocuiască nicotina provenită din țigări sau alte produse din tutun, această soluție este eficace dat fiind că este logică, este cel mai îndelungat practicată peste tot în lume şi dispune de o paletă largă de modalități de administrare. Furnizarea de nicotină pură, de uz medicinal, pe de altă parte, permite atenuarea simptomatologiei determinate de sindromul de abstinență şi ajută pacientul fumător aflat în plin proces de sevraj tabagic să depăşească mai uşor necesitatea de a primi nicotină, atunci când încearcă să nu fumeze.(1)

Nivelele sanguine de nicotină cresc la 5-10 minute după administrarea de spray nazal cu nicotină, la 20 de minute după ce pacientul a început să mestece guma sau să utilizeze inhalerul şi abia la 2-4 ore de la aplicarea plasturelui. (2)

Guma cu nicotină

Din punct de vedere istoric, guma cu nicotină este primul produs din linia de preparate de substituție nicotinică, apărând în Europa la începutul anilor ‘80 şi în SUA în 1984. Ea este vândută în cele două concentrații 2 şi 4 mg, eliberând în organism nivele nicotinice de 0, 3-0, 8 şi respectiv 0, 6-1, 2 ori față de nivelele plasmatice realizate în cursul fumatului. (3) Pe piața mondială se cunosc variante de gumă nicotinică cu gust de portocale, mentă etc.

Guma cu nicotină este un medicament dovedit eficace în tratamentul dependenței nicotinice. Recomandăm folosirea gumei cu nicotină pentru renunțarea la fumat tuturor pacienților care optează pentru acest medicament. (Nivel de dovadă: A) (4)

Mod de administrare a gumei cu nicotină Modalitatea de utilizare corectă a gumei presupune mestecarea lentă de 10-15 ori urmată de ”*parcarea*” şi apoi schimbarea poziţiei gumei în cavitatea bucală şi repetarea manevrei, după un timp scurt, astfel ca gustul gumei să se resimtă între gingii şi suprafaţa interioară jugală, asigurându-se absorbţia eficace a nicotinei la nivelul mucoasei bucale şi evitând înghiţirea unei cantităţi prea mari de nicotină. (3)

Timpul optim de consumare a unei gume cu nicotină nu trebuie să fie mai puţin de 30 de minute. Dacă guma este administrată corect, respectând toate aceste mici amănunte şi durata standard a curei terapeutice, ea este extrem de eficientă.

Se mai impun precauţii în cazul consumului de băuturi acide, dovedite a interfera absorbţia nicotinei (5), motiv pentru care se indică evitarea ingestiei de sifon, apă minerală, sucuri acidulate, cola, cafea, bere, timp de aproximativ 15 minute înainte şi apoi în timpul cât se mestecă guma cu nicotină.(6)

Indicaţii de utilizare pentru guma cu nicotină

Guma este o opţiune simplă şi comodă, preferată de cei care doresc să resimtă aceleaşi senzaţii orale ca şi cum ar consuma nicotina din ţigări, dar fără a mai fuma. Ea poate fi uşor procurată şi autoadministrată, ţinută la îndemână în buzunar sau în poşetă, servietă etc. la fel ca un pachet de ţigări, pregătită la nevoie. Acest lucru şi ritmul periodic de administrare (în medie o gumă pe oră) creează o rutină care se aseamănă cu fumatul. Totodată, fumătorul poate decide în voie când să consume nicotină – apelând la gumă în cazul senzaţiei imperioase de a aprinde o ţigară şi poate modula nivelele plasmatice ale nicotinei, menţinându-le la un nivel mai mic decât cel realizat dacă ar inhala fum de tutun.

În general, acest preparat se indică persoanelor în vârstă de peste 18 ani, care fumează cel puţin 10 ţigarete/ zi, totalizând un scor ≥ 4 la testul de dependenţă nicotinică Fagerstrom, persoane motivate să oprească fumatul, capabile să-şi admistreze corect medicamentul şi fără condiţii medicale coexistente din categoria: diabet insulino-dependent, afecţiuni coronariene, ulcer peptic, hipertensiune arterială, boli ale articulaţiei temporo-maxilare, sarcină, alăptare, afecţiuni dentare care se pot agrava datorită mestecării gumei. De asemeni, în timpul curei terapeutice se interzice abuzul de alcool, apelarea la medicaţie psihotropă sau de altă natură, fără a consulta medicul.(7)

Elementul de demarcaţie care permite selectarea cazurilor care vor primi gumă cu concentraţia 2 mg faţă de 4 mg este severitatea dependenţei tabagice.

Doza unanim recomandată este de 8-12 gume mestecate/ zi, dar de multe ori doza zilnică este mai mare la început – putând ajunge chiar la un număr egal cu numărul de ţigarete pe care le consuma pacientul zilnic, pentru ca în câteva zile-săptămâni cifra să se stabilizeze la o medie de 6-9 gume administrate/ zi.

Practic, se indică utilizarea unei gume odată la 1-2 ore, în primele 6 săptămâni, apoi reducerea dozei la 1 gumă la fiecare 2-4 ore în următoarele 3 săptămâni, în total, durata recomandată a tratamentului cu gumă cu nicotină este de 14 saptămâni**.** (8)

Pentru fumătorii a mai puțin de 25 țigarete zilnic se indică guma de 2 mg, iar pentru cei ce fumează mai mult şi/ sau au dependenţă severă nicotinică cu scorul testului Fagerstrom superior valorii de 7 se indică varianta de 4 mg. (9)

Se recomandă administrarea de gumă cu nicotină de 2 mg fumătorilor cu scorul dependenței nicotinice ≥ 4 iar guma de 4 mg fumătorilor cu un scor de dependență nicotinică ≥ 7 (Nivel de dovadă B) (10, 11)

Limitele terapiei cu gumă nicotinică

Aproximativ 50% din nicotina furnizată de gumă se absoarbe prin mucoasa bucală.(12) Deci, la un consum de 10 gume/ zi, fumătorul primeşte aproximativ 10-20 mg de nicotină în organism, în funcție de concentrația gumei folosite. Astfel, datele din literatură sugerează ca o posibilă cauză a ratelor mici de succes ale terapiei cu guma nicotinică, faptul că nu se atinge nivelul de nicotină anterior stabilit în organism în cursul fumatului de țigarete. Mai mult, absorbția relativ mai lentă a nicotinei provenită din gumă comparativ cu absorbția acesteia prin inhalare via fum de țigară determină nivele arteriale mai mici de nicotină. Cu toate acestea, guma realizează o amendare considerabilă a apetitului de a fuma, obiectivată la circa 15-20 de minute de la administrare, aportul ei pozitiv fiind pus şi pe seama efectului de suplinire a stereotipului comportamental al fumatului. (13)

Efecte adverse ale gumei nicotinice

Mestecarea de gumă nicotinică poate cauza dureri maxilare**,** care se pot ameliora, chiar reduce prin tehnica de mestecare "mestecă şi parchează" prin care fumătorul mestecă guma să elibereze nicotina**,** apoi mută guma în cavitatea bucală între fața internă a obrazului şi gingie păstrând-o acolo pentru circa un minut. Utilizarea gumei poate cauza sughiț şi senzații de arsură în cavitatea orală şi la nivelul gâtului. Se pare că unii pacienți găsesc greu de tolerat acest simptom, ceea ce le scade complianța la tratament. O complianță redusă au şi persoanele care nu doresc să fie văzute mestecând în public şi cele cu proteze dentare.(12, 13)

Furnizarea tuturor acestor informații simple şi utile pacienților care urmează tratament cu gumă nicotinică poate fi făcută de către medicul sau farmacistul curant, în vederea unei administrări corecte.

Plasturii cu nicotină (PN) – generalități

Aplicați pe pielea curată, plasturii nicotinici eliberează nicotina, realizând un nivel constant al acesteia pe parcursul zilei. Pe piața farmaceutică mondială se găsesc plasturi de diverse concentrații (5, 10, 15 mg sau 7, 14, 21 mg) şi durate de aplicare de 16 sau 24 de ore. În iulie 2008, în România se

găsesc doar *plasturi cu nicotină de 15 mg*, ceea ce reprezintă formula cea mai concentrată dintre variantele posibile ale acestui produs, în varianta cu aplicare pentru 16 ore.

Potrivit indicațiilor uniform valabile în ghidurile terapeutice, terapia cu plasturi nicotinici se indică în majoritatea cazurilor pentru aproximativ 3 luni, se începe cu doza maximă timp de o lună, apoi se continuă cu doza medie următoarea lună şi ultima lună se administrează plasturi cu concentrația minimă. După această schemă, ar trebui ca pacientul să folosească plasturi nicotinici de 15 mg prima lună, de 10 mg a doua lună şi de 5 mg în cea de-a treia. În general, plasturii mai concentrați se recomandă fumătorilor cu dependență nicotinică mai mare, iar cei cu conținut mai slab de nicotină se aplică în cazurile de dependență slabă de nicotină. Totodată, pentru pacienții care fumează puțin în cursul dimineții se recomandă plasturi cu conținut mai mic de nicotină, iar pentru cei ce fumează mult dimineața se aleg plasturi mai concentrați. (3)

Dacă plasturii pentru 24 ore au avantajul că ușurează simptomele de sevraj matinale (nevoia accentuată de a fuma la trezire), ei au şi neajunsuri - fiind incriminați în producerea tulburărilor de somn, fie prin aportul de nicotină pe timpul somnului de noapte, fie prin dozarea inadecvată a nicotinei noapte-zi. Este logic aşadar să nu se recomande plasturi de 24 de ore pacienților cu insomnii cronice sau alte tulburări de somn. La aceştia, plasturii se îndepărtează la culcare. (3)

Nu vom insista în acest capitol asupra avantajelor sau inconvenientelor tipurilor de plasturi care nu sunt încă disponibile în România, urmând să le prezentăm în ediții viitoare ale ghidului, pe măsură ce se vor găsi în farmacii. Le-am amintit doar pentru a fi la dispoziția medicilor beneficiari ai ghidului cu cât mai multe date utile, în perspectiva solicitărilor de consulturi de la pacienți care pot procura astfel de plasturi din străinătate sau când aceştia vor deveni disponibili şi în țara noastră.

Deoarece, la data elaborării acestui material, nu se găsesc în farmaciile româneşti decât plasturii cu nicotină de 15 mg, recomandăm administrarea acestora pe o perioadă standard de 3 luni.

Indicații de utilizare a plasturilor nicotinici

Sunt medicamente de linia intâi în terapia dependenței nicotinice, indicați tuturor fumătorilor motivați să oprească fumatul, care nu prezintă contraindicații. Mai concret, plasturele cu nicotină se adresează optim subiecților motivați să renunțe la fumat, adulți peste 18 ani, fără contraindicații la terapia de substituție nicotinică, preferabil fumători de nu mai mult de 10-15 țigări/zi, cu dependență moderată la nicotină. (3)

De menționat câteva sugestii practice utile desprinse din trialuri despre tratamentul cu plasturi nicotinici: rata de succes a terapiei este mai bună la pacienți tineri: 25-49 ani față de cei în vârstă de peste 50-65 ani, precum şi la

cei cu dependenţă nicotinică moderată faţă de cei sever dependenţi dar este modestă la cei cu dependenţă joasă la nicotină. De asemenea, plasturii sunt mai eficienţi asupra pacienţilor care fumează mult (aprox. 20-30 ţigări/zi) comparativ cu pacienţii care au un consum mic de ţigări (< 5 -10 ţigări/zi), iar administrarea lor este dovedită a ajuta mult pacientul în depăşirea dificultăţilor în primele zile de la oprirea fumatului. (14)

Avantajele terapiei cu plasturi nicotinici

Terapia cu PN are o complianţă ridicată – cea mai ridicată dintre produsele de substituţie nicotinice, mulţi pacienţi preferând această modalitate terapeutică, comodă, care nu necesită decât lipirea plasturelului dimineaţa şi îndepărtarea la culcare, în timp ce tratamentul acţionează, fără a mai presupune păstrarea, administrarea repetată, cu anumite precauţii ca în cazul gumei cu nicotină.

Limite ale utilizării TSN în formulă unică. Argumente pentru combinarea PN cu guma nicotinică.

Este important de înţeles mecanismul de acţiune al plasturilor pentru a putea explica pacienţilor cum să folosească în mod optim acest mijloc terapeutic: eliberarea nicotinei se face lent, dar nivelele plasmatice ale nicotinei pot creşte pe parcursul zilei atingând valori mai mari decât cele obţinute prin folosirea gumei cu nicotină.(15) De aceea, se recomandă asocierea de gumă nicotinică, ca produs cu acţiune acută, numită şi medicaţie de criză, pentru a întări efectul terapeutic al plasturilor şi a împiedica revenirea la fumat. Administrarea de gumă remite rapid apetitul pentru fumat în situaţii de incitare la fumat, precum: şedinţe tensionate, stress, trafic de vârf, context social pro-fumat etc.

Un alt aspect care trebuie subliniat este faptul că nu întotdeauna plasturii cu nicotină realizează o bună protecţie a fumătorului în faţa simptomelor de sevraj. În studii de laborator s-a demonstrat că, şi dacă plasturii transdermici reduc considerabil dorinţa de a fuma comparativ cu placebo, fumătorii activi aflaţi în tratament cu PN descriu simptome acute de sevraj la provocare prin stimuli care declanşează apetitul de a fuma.(16) În majoritatea cazurilor, aceştia sunt stimuli situaţionali de tip: persoane care fumează în anturaj, aşteptarea sunetului telefonului, stimuli situaţionali diverşi. La cei care acuză sindrom sever de sevraj care nu este controlat cu plasturi nicotinici, se recomandă combinaţii terapeutice de plasturi şi gumă.

În fine, problema se poate pune şi invers, este greşit a utiliza doar guma nicotinică la fumători dependenţi cu sindrom de sevraj important. Este drept că guma remite rapid aceste simptome, dar după o oră-două de la consumarea ei, ele reapar, si atunci, pentru a traversa mai uşor perioada de sevraj simptomatic, este nevoie de substitute nicotinice care să prevină constant reapariţia semnelor de abstinenţă în decursul zilei. Aşadar, practic, când se foloseşte doar guma cu

nicotină, dacă aceasta nu reuşeşte să creeze un confort acceptabil pacientului, se va tenta asocierea cu plasturi. (16)

Principalele greşeli care nu trebuie făcute când medicii indică TSN sunt: subestimarea acestor medicamente, abandonarea prea devreme a tratamentului, administrarea lor incorectă.

Precauții. Efecte adverse ale plasturilor cu nicotină

Este de dorit ca gravidele să fie consiliate în sensul renunțării la fumat fără tratament medicamentos. Nu sunt dovezi clare la ora actuală asupra eficacității plasturilor la această categorie de paciente şi nici nu s-a studiat impactul terapiei cu plasturi la fumătoarele care alăptează.(8, 16)

Siguranța produselor de substituție nicotinică

Este bine de ştiut că, deşi efectele hemodinamice ale nicotinei sunt presupuse a creşte travaliul cardiac, TSN este lipsită de riscuri la pacienți cu afecțiuni cardio-vasculare, inclusiv angina stabilă. (3) Siguranța TSN nu a fost studiată aprofundat în cazul administrării la pacienți cu angină instabilă, precum şi la cei cu infarct miocardic recent în limita a două săptămâni, dar se porneşte de la premiza că şi în aceste situații riscurile nicotinei medicinale vor fi mai mici decât ale continuării fumatului. E suficient să ne gândim că substitutele nicotinice scutesc organismul de creşterea coagulabilității, expunerea la monoxid de carbon sau lezarea oxidativă endotelială puse pe seama fumului de tutun şi să încurajăm utilizarea acestor medicamente pentru sevraj tabagic în cazurile de fumători cu patologie cardio-vasculară severă, la care continuarea fumatului le-ar pune în pericol viața.(17)

Interacțiuni medicamentoase

Trebuie avute în vedere posibilele procese de inducție enzimatică atribuite tutunului, capabil de a diminua concentrațiile sanguine ale unor medicamente consumate de fumători, precum cafeina şi teofilina, antidepresive imipraminice. Oprirea fumatului va determina creşterea concentrațiilor acestora, necesitând ajustarea dozelor, pentru a evita efectele adverse. Şi nicotina, implicit, are capacitatea farmacologică de a creşte concentrațiile de cortizon şi catecolamine, administrarea de produse pe baza de nicotină impunând ajustarea posologiei nifedipinei, a beta-blocantelor, a insulinei, a estroprogestativelor, a diureticelor şi a antihistaminicelor H2.

Terapia de substituție la pacienți cu afecțiuni cardio-vasculare

Există evidențe care denotă absența asocierii efectelor acute cardio-vasculare cu folosirea plasturilor cu nicotină, chiar şi la pacienții care continuă fumatul în timp ce folosesc plasturii. Un studiu a ridicat semne de întrebare în privința oportunității folosirii de plasturi cu nicotină în cursul spitalizării în unități de reanimare. (17, 18)

Pacienții trebuie informați asupra aspectelor de mai sus, înainte de a le prescrie terapie de substituție nicotinică cu plasturi.

Plasturii trebuie administraţi cu precauţii persoanelor cu infarct miocardic recent, angină instabilă sau aritmii severe, deşi nu se consideră ca factor de risc independent în toate aceste condiţii.

Majoritatea efectelor adverse ale plasturilor cu nicotină se referă la reacţiile cutanate locale (aproximativ 50%): iritaţii ale pielii la locul de aplicare al plasturelui, adesea auto-limitante şi nesemnificative clinic. Schimbarea periodică a locului de aplicare al plasturelui şi folosirea de unguente de tip triamcinolon pot ameliora vizibil situaţia. Se mai descriu cefalee, vertij, vise anormale, greţuri, palpitaţii, care pot fi şi în relaţie cu supradozarea sau sindromul de abstinenţă nicotinică însuşi. (18, 19)

Mod de administrare

Plasturii cu durata de 16 ore se aplică dimineaţa la trezire pe pielea curată, uscată şi fără pilozitate şi se îndepărtează seara la culcare.

La data elaborării acestui ghid, conform reglementărilor internaţionale-FDA- şi legislaţiei româneşti, plasturii nicotinici sunt terapii disponibile fără prescripţie medicală.

Este de aşteptat ca acest lucru sa îmbunătăţească accesibilitatea lor terapeutică şi să crească gradul de implicare al farmaciştilor în procesul de renunţare la fumat, dar nu trebuie ignorată responsabilitatea medicului specialist în renunţare la fumat. Acesta are datoria să verifice corectitudinea indicaţiei terapeutice cu plasturi, administrarea lor corectă, evitarea contraindicaţiilor specifice, să consilieze şi să încurajeze atingerea abstinenţei tabagice definitive, asigurând asistenţă medicală specializată pe parcursul tentativelor de sevraj tabagic cu plasturi, exact la fel ca şi pentru alte terapii farmacologice. (4, 19)

Se recomandă folosirea plasturilor cu nicotină ca metodă eficace de tratament în renunţarea la fumat. (Nivel de dovadă =A), bazat pe metaanaliza a 25 de studii randomizate care atestă eficacitatea plasturilor nicotinici în renunţarea la fumat, în doze uzuale: 15 mg/zi, la o durată standard a tratamentului de 6-14 săptămâni. Folosirea de doze mari: > 25mg, pe timp îndelungat: > 14 săptămâni a dovedit dublarea ratei de succes a terapiei cu plasturi nicotinici comparativ cu placebo.(19, 20, 21)

Eficienţa generală a terapiei de subtituţie se dovedeşte prin dublarea ratei de succes în renunţarea la fumat faţă de grupul tratat cu placebo de la 5 la 10% în serviciile de asistare de nivel 1 şi respectiv de la 10 la 20% în serviciile de consiliere intensivă-nivelul 2.(20)

Se recomandă utilizarea de substitute nicotinice la toate nivelele de asistare a fumătorilor, întrucât această soluţie terapeutică este dovedită ca eficace şi cu nivel ridicat de siguranţă, atunci când este administrată în mod corect. (Nivel de dovadă A)(19)

Tot personalul (medici, farmaciști, asistente etc.) implicat în asistarea fumătorilor care utilizează substitute nicotinice are datoria să furnizeze informații precise pacienților în acest scop.

În **Anexa 7** (v. suplimentul ghidului) propunem un algoritm simplu de tratament cu substitute nicotinice.

2.4.1.2 Terapia cu bupropion

Primul medicament cu mecanism de acțiune diferit de substitutele nicotinice dovedit eficient în tratarea dependenței nicotinice, Bupropion SR este cunoscut în lume din 1997 şi în România din anul 2000, eliberându-se numai pe bază de rețetă medicală. Mecanismul lui de acțiune se bazează pe blocarea eliberării neuronale de dopamină şi norepinefrină şi blocarea receptorilor nicotinici acetilcolinergici. Revizuirea datelor publicate în literatura de specialitate a relevat un număr de 24 de studii randomizate care susțin eficacitatea bupropionului în tratamentul dependenței nicotinice şi faptul că bupropionul dublează rata de succes la distanță a sevrajului comparativ cu placebo. (21) Primit cu o publicitate mai mult decât favorabilă la lansarea sa în Europa-Marea Britanie-în anul 2000, a avut parte mai târziu în 2001 de rapoarte de presă îngrijorătoare care semnalau efecte adverse redutabile din categoria moarte subită, ceea ce a antrenat o reticență față de utilizarea lui în perioada următoare. Date de farmacovigilență obținute post-marketing au arătat ulterior că aceste decese nu puteau fi asociate sub nici o formă cu administrarea de bupropion şi norii care au planat asupra acestui remediu farmacologic eficace s-au destrămat.(21) Bupropion a fost folosit ca antidepresiv în SUA încă din 1989 şi profilul său advers-farmacologic este foarte bine documentat cu date despre siguranța produsului. (22) Ca orice antidepresiv, efectele secundare comune sunt gura uscată, insomnia şi cefaleea, care trebuiesc aduse la cunoştința potențialilor utilizatori ai medicamentului. (23)

Disponibil în România încă din 2000, bupropionul este practic singurul medicament pentru terapia dependenței nicotinice cu care cabinetele de renunțare la fumat din România au acumulat o experiență de lucru de circa 8 ani. Deşi grevat de numeroase contraindicații, efecte adverse şi interacțiuni medicamentoase, medicamentul a fost folosit cu succes pe piața românească, poate şi datorită avantajului de a fi fost singura opțiune disponibilă de tratament farmacologic pentru sevrajul tabagic între 2001-2007. Consultarea datelor publicate până în prezent de autorii români din acest domeniu a relevat (24) o rată de succes a sevrajului tabagic cu bupropion de 28%.

Bupropionul acționează prin amendarea unora dintre simptomele sindromului de abstinență nicotinică, între care depresia în mod special, reducând per ansamblu severitatea sindromului de sevraj, ceea ce îl recomandă ca pe un ajutor de necontestat în procesul de renunțare la fumat. Este un

medicament care ajută pacientul, scăzând apetitul pentru fumat. Administrarea de bupropion la fumători cu dependență severă a redus considerabil simptomele depresive asociate sevrajului (25). Bupropionul dublează rata de sevraj comparativ cu placebo, şi are efect similar la ambele sexe. (26)

Indicații

Bupropion este un medicament de linia 1 dovedit eficace în terapia dependenței nicotinice. El se recomandă numai pe bază de prescripție medicală tuturor pacienților motivați să renunțe la fumat, care nu au contraindicații de administrare. Totodată el este o alternativă eficace la pacienții care nu tolerează sau au încercat TSN fără succes sau la acei pacienți care optează pentru terapii nonnicotinice. Într-un studiu randomizat, dublu-orb, placebo-controlat, (27) 27% dintre pacienți tratați cu Bupropion au fost găsiți abstinenți după 6 luni, față de 16% care au primit placebo. De asemeni, rata de abstinență pe termen lung a pacienților tratați cu bupropion se dublează dacă se adaugă terapia comportamentală, comparativ cu placebo. (26, 28)

Doze recomandate. Mod de administrare.

Bupropionul se comercializează în farmaciile din România în cutii de 28 de comprimate de 150 mg. Primele 3 zile se administrează câte un comprimat de150 mg bupropion per os, apoi 150 mg x 2 /zi (la cel puțin 8 ore interval) pentru restul curei, în total cu o durată de 7-9 sau 12 săptămâni. Prelungirea duratei curei inițiale antrenează un sevraj tabagic mai durabil. (29)

Pacientul îşi va fixa o data preconizată de renunțare la fumat în cursul săptămânii a 2-a de tratament şi poate începe cura deşi încă fumează. După 1-2 săptămâni de tratament, se consideră că nivelul seric de bupropion a atins o stare constantă şi se tentează oprirea fumatului. Continuarea fumatului s-a dovedit că nu afectează semnificativ farmacoterapia bupropionului.(30) Din experiența noastră, în situațiile în care pacientul nu a reuşit să oprească fumatul la data inițială fixată, recomandăm decalarea acesteia în decursul săptămânilor 3-9 de tratament până la atingerea abstinenței. (24, 31)

Contraindicații: vârsta sub 18 ani, sarcina, alăptarea, hipersensibilizare la bupropion sau excipienți, tulburări convulsive prezente sau antecedente, tumori ale SNC, accidente vasculare cerebrale sau condiții favorizante ale acestora, tulburări bipolare, anorexie sau bulimie nervoasă, sevraj alcoolic, insuficiență hepatică severă, antecedente de consum de benzodiazepine sau de inhibitori de mono-aminoxidaza (IMAO).

Efecte adverse. Precauții

Principalele efecte adverse întâlnite sunt: insomnia, cefaleea, gura uscată. Pentru contracararea uscăciunii gurii şi a cefaleei, se recomandă ingestia fracționată a unei cantități de 2-3 litri de lichide /zi, iar pentru a evita insomniile recomandăm administrarea primei tablete de bupropion cât mai devreme dimineața, pentru a o putea ingera pe a doua devreme, în cursul după amiezii. Se mai descriu vertij, creşteri tensionale, dureri toracice, sindrom anxios-

depresiv, tulburări de concentrare, tulburări vizuale şi rareori crize convulsive. În cazul subiecților în vârstă se indică ajustarea (diminuarea) dozei la jumătate-150 mg Bupropion/zi, ca şi în cazurile care asociază insuficiențe renale sau hepatice severe. Conducătorii de autovehicule sau cei care manevrează utilaje care necesită vigilență sunt sfătuiți să verifice efectele bupropionului înainte de a exercita aceste activități, dat fiind că pot experimenta dificultăți legate de vertij, capacitate de concentrare şi atenție. (29)

Înainte de a prescrie Bupropion, este bine ca medicul să verifice la consultația inițială a pacientului şi următoarele aspecte care impun precauții de administrare: (29)

- consumul de substanțe care scad pragul convulsivant: antipsihotice, antidepresive antipaludice, tramadolum, teofilină, steroizi sistemici, antihistaminice, sedative, chinolone, substanțe psiho-stimulante sau anorexigene;
- istoricul de alcoolism;
- antecedente de diabet zaharat, traumatism cranio-cerebral.

Se mai recomandă atenție sporită în cazul administrării concomitente de medicamente care prezintă interacțiuni medicamentoase cu Bupropionul:

- prudență la consumul simultan de medicamente care induc sau inhibă isoenzima 2D6 sau citocromul P450;
- se recomandă măsurarea săptămânală a tensiunii arteriale în cazul asocierii cu plasturi transdermici pe bază de nicotină;
- concentrațiile sanguine ale teofilinei, tacrinei, clozapinei, eventual a imipraminei, fluvoxaminei şi pentazocinei cresc în administrarea concomitentă cu bupropionul;
- administrarea concomitentă de bupropion determină creşterea titrului sanguin al unor medicamente ca: *antidepresive* (imipramina, paroxetina, desipramina), antipsihotice, (risperidone, thioridazine), beta-blocante de tipul metoprololului, antiaritmice de tipul propofenonei;
- prudență la administrarea simultană cu bupropionul de ciclofosfamidă şi carbamazepină, valproate, levo-dopa şi amantadină. (28, 29)

Indicații de întrerupere a terapiei cu bupropion

- convulsii;
- simptome de maladie a serului: artralgii, mialgii, febră;
- reacții anafilactice sau de hipersensibilizare: urticarie, prurit, erupții cutanate, dureri toracice, dispnee, edeme.

O sinteză a acestor informații se găseşte în **Anexa 8.** (v**.** suplimentul ghidului)

Recomandăm administrarea de Bupropion SR ca tratament dovedit eficace pentru renunțarea la fumat. (Nivel de dovadă = A)- (21, 32)

2.4.1.3. Terapia cu vareniclină

Medicamentul, cel mai nou apărut pe piață dintre terapiile farmacologice destinate sevrajului tabagic disponibile în țara noastră, a intrat în uz cu aprobarea FDA în 2006. Se poate procura numai pe bază de prescripție medicală şi nu se recomandă administrarea lui în combinație cu substitutele nicotinice, date fiind proprietățile de antagonist al receptorilor nicotinici. Vareniclina este un medicament relativ nou, care a devenit accesibil în România din vara lui 2007, aşadar considerăm utilă citarea referințelor importante despre efectul ei terapeutic, dat fiind că expertiza cu Vareniclină este de dată recentă, până la data scrierii ghidului fiind tratați deja aproximativ 6 000 000 de pacienți în lume.

Mecanismul de acțiune al Vareniclinei presupune activitate de agonist parțial precum şi antagonist al receptorilor nicotinici din creier. Jorenby şi colab. (33), şi Gonzales şi colab. (34) publică primele rezultate ale celor 2 studii randomizate despre eficacitatea vareniclinei vs. placebo, vs. Bupropion SR în tratarea dependenței nicotinice, în iulie 2006. Ei concluzionează ca vareniclina este un medicament sigur, bine tolerat, cu rezultate remarcabile în privința ratei de abstinență continuă şi a abstinenței tabagice pe termen lung. Vareniclina are eficacitate superioară fată de placebo şi bupropion SR în ceea ce priveşte abstinența la fumat în săptămânile 9-12 (43, 9% pentru Vareniclină, vs. 17, 6% pentru placebo si 29, 8% pentru bupropion şi în săptămânile 9-24 (29, 7% pentru Vareniclină, vs. 13, 2-placebo, vs. 20, 2% bupropion – Jorenby şi colab.). Raportul se menține pentru săptămânile 9-52 (23% pentru Vareniclină vs. 10, 3% – placebo vs. 14, 6% – bupropion (33).

Revizuirea studiilor randomizate referitoare la eficacitatea vareniclinei în renunțarea la fumat a relevat o dublare a ratei de succes a sevrajului tabagic în cazul folosirii a 1 mg zilnic de vareniclină şi o triplare a acesteia la doze de 2 mg vareniclină/ zi, comparativ cu efectul placebo (32). De asemeni, există dovezi că medicamentul este bine tolerat pe o perioadă mai lungă de 3-6 luni şi că prelungirea duratei tratamentului previne recidiva fumatului. (32, 33, 34)

Doze. Mod de administrare

Vareniclina se administrează pe cale orală, indiferent de ingestia de alimente (poate fi administrată şi înainte şi după mesele principale) în două etape (3, 29):

- ***inițială***: cutii cu comprimate dozate pentru primele 2 săptămâni, care se prescriu astfel: 1 cp de 0, 5 mg/ zi, primele 3 zile de tratament, apoi câte 1 cp de 0, 5 mg x 2/zi zilele 4-7 de tratament, iar în zilele 8-14 câte 1 cp de 1mg x 2/zi.
- ***de continuare***: cutii cu 28 de comprimate de 1 mg, se indică 1 comprimat de 1mg x 2/ zi, zilnic, între săptămânile 3-12.

Pacientul începe tratamentul, apoi în cursul primelor 2 săptămâni de tratament, preferabil între zilele 8-14, se fixează o dată în care se tentează

oprirea fumatului. Dacă nu reuşeşte, cura continuă şi decalează data fixată a renunțării la fumat până la reuşită.

Contraindicații

- hipersensibilitate la substanța activă sau excipienți;
- vârsta sub 18 ani;
- sarcină şi alăptare.

Precauții

La pacienți cu insuficiență renală, doza se ajustează astfel: în formele uşoare (clearance creatinină 50-80 ml/min) doza este cea uzuală, în formele moderate (clearance creatinină 30-50 ml/min) - doza uzuală sau redusă la 1mg/zi, iar în formele severe (clearance creatinină ≤ 30 ml/min) se recomandă doza maximă de 1 mg/zi. (32)

Este bine de ştiut, atunci când prescriem vareniclină.

Este prudent a întreba conducătorii de vehicule auto sau de altă natură dacă activitatea lor curentă este influențată de consumul de vareniclină. Vareniclina poate avea o influență minoră sau moderată asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Ea poate determina amețeli şi somnolență şi de aceea poate influența capacitatea de a conduce sau folosi utilaje. Pacienții trebuie sfătuiți să nu conducă, să nu manevreze utilaje sau să se implice în alte activități potențial riscante până când se va şti dacă medicamentul afectează capacitatea de a efectua aceste activități. (29)

Nu trebuie asociată vareniclina cu terapia de substituție nicotinică (gumă sau plasturi), pentru că există riscul intensificării unor reacții adverse de tip greață, vertij, cefalee, vărsături, sindrom dispeptic, astenie.

Nu se cunosc interacțiuni medicamentoase ale vareniclinei cu alte medicamente Se pot observa însă fenomene determinate de interacțiuni medicamentoase datorate opririi consumului de tutun, ca efect terapeutic al vareniclinei. Astfel, se ştie că oprirea fumatului, prin inducții enzimatice ce implică CYP1A2, impune ajustarea dozelor de teofilină, warfarină, insulină etc.(35)

La sfârşitul tratamentului, oprirea administrării vareniclinei poate determina o creştere a iritabilității, a apetitului de a fuma, insomnii şi stări depresive la un procent redus de subiecți-cca 3 % (29) – este bine să avertizăm pacienții asupra acestui aspect, pentru a nu compromite succesul abstinenței tabagice.

În februarie 2008, FDA a adăugat un avertisment cu privire la utilizarea vareniclinei, legat de raporturi înregistrate izolat despre agitație, schimbări de dispoziție psihică, stări depresive, idei suicidare şi tentative de suicid, apărute la pacienți aflați în tratament cu vareniclină. FDA recomandă (32) ca pacienții să fie interogați la vizita inițială asupra oricărui element din istoricul medical revelator pentru o afecțiune psihiatrică înainte de prescrierea de vareniclină, şi de asemeni, recomandă clinicienilor să monitorizeze modificările în

comportament şi starea psihică a pacienţilor care urmează tratament cu vareniclină. (32)

Efecte adverse

- digestive: greaţă (cca 30% din cazuri, este mai frecventă la debutul tratamentului, se atenuează pe parcurs, astfel că doar 3% dintre subiecţi întrerup terapia datorită greţurilor), dureri abdominale, constipaţie, balonări;
- neuro-psihice: insomnii, cefalee, vise anormale (29, 36).

Sugerăm oportunitatea ajustării temporare a dozei, la 1 sau chiar 0, 5 mg vareniclina zilnic, în caz de efecte secundare greu tolerabile, până la amendarea lor, cu scopul bine intenţionat de a nu abandona tratamentul, atunci când pacientul este motivat să renunţe la fumat, doreşte continuarea curei şi clinicianul apreciază că există premize ale succesului tentativei de sevraj.

Recomandăm administrarea de Vareniclină ca tratament dovedit eficace pentru renunţarea la fumat. (Nivel de dovadă = A) (33, 34)

Informaţii concise despre utilizarea clinică de vareniclină se găsesc în **Anexa 9** (v. suplimentul ghidului)

2.4.1.4 Terapii nerecomandate

Nu se recomandă în tratamentul farmacologic al dependenţei nicotinice utilizarea de antidepresive altele decât bupropion SR şi nortriptilină, de naltrexonă, antagonişti de opiacee, benzodiazepine, anxiolitice, mecamylamină, acetat de argint. (37)

2.4.2. Terapii nonfarmacologice

Tratamentul dependenţei tabagice include şi o serie de metode de tipul: terapiei cognitiv-comportamentale, psihoterapiei, liniilor telefonice gratuite de suport, intervenţiilor computerizate prin intermediul site-urilor internet, materialelor scrise sau audio-vizuale informative autoeducative.

Acestea au fost trecute în revistă deja în suplimentul ghidului. În capitolul de faţă ne vom rezuma la formularea de recomandări referitoare la acestea şi vom prezenta mai detaliat aspecte practice despre consilierea cognitiv-comportamentală şi suportul telefonic, elemente aflate în uz, chiar dacă la început, în ţara noastră.

Recomandăm abordarea terapiei dependenţei nicotinice în mod complex, prin asocierea medicaţiei specifice cu metode diferite de tip consilierea cognitiv-comportamentală individuală, suportul telefonic, eventual consilierea de grup, metode care sunt dovedite eficace. Astfel de strategii cresc rata de succes a abstinenţei tabagice. (Nivel de dovadă-A). (21) ***Folosirea de materiale educative autoajutătoare sau a resurselor de informare accesibile prin internet îmbunătăţeşte succesul sevrajului tabagic. (Nivel de dovadă B)*** (21)

2.4.2.1. Suportul telefonic şi materialele autoajutătoare informative

Revizuirea datelor publicate recent de ghiduri similare bazat pe trecerea în revistă a 58 de studii randomizate (38) a relevat că apelarea la consiliere telefonică proactivă se asociază cu o rată de abstinență de 13, 1%, iar la materiale informative autoajutătoare cu o rată de 12, 3% (38) sau 15, 1% (39) comparativ cu 10, 8%, dacă nu se intervine asupra pacientului.

În România este disponibilă linia verde TEL VERDE 0800-878673**,** unde fumătorii pot telefona şi primesc informații despre accesul la cabinetele teritoriale de renunțare la fumat şi modalitatea de a fi incluşi în programul național *Stop Fumat*, program implementat în 2007 şi aflat în derulare în 2008.

2.4.2.2. Consilierea individuală de tip cognitiv-comportamentală - metodă care s-a dezvoltat în ultimii 3 ani şi în cabinetele de specialitate din România constituie suportul prescrierii şi urmăririi terapiei farmacologice pentru renunțare la fumat.

Schematic, terapia cognitiv-comportamentală vizează modificarea comportamentelor inadaptabile ale indivizilor, decondiționarea şi trecerea la comportamente adaptate. Aplicarea acestei tehnici în cabinetele de consiliere antifumat ajută fumătorul să învețe să îşi observe comportamentul față de fumat şi să se autoevalueze, dat fiind că fumatul este totuşi un comportament dobândit şi menținut ulterior printr-o dependență întreținută constant de către stimulii din mediul înconjurător. (40)

Oprirea fumatului va antrena modificarea deprinderilor asociate consumului de tutun, prin urmare, pacientul are nevoie de ajutor din partea terapeutului pentru a învăța cum să managerieze schimbarea. Acest ajutor acordat sub forma unei susțineri psihologice se bazează pe câteva principii simple:

- stabilirea unei relații de colaborare şi simpatie între medic şi pacient
- evitarea confruntărilor;
- ascultare activă, care se referă la reformularea celor spuse de pacient;
- punerea în valoare a realizărilor personale de progresie pentru sevraj ale fumătorului;
- punctarea balansului între dorința de a fuma cu riscurile aferente şi motivația de a renunța la fumat;
- crearea abilității de apreciere pozitivă a beneficiilor sevrajului.

Recomandăm terapia cognitiv – comportamentală (TCC) ca metodă dovedită eficace, care contribuie la creşterea ratei de succes în renunțarea la fumat. (Nivel de dovadă B). Această metodă trebuie inclusă în planul tuturor tipurilor de intervenții medicale pentru oprirea fumatului. (4)

Concret, prin TCC, fumătorul beneficiază de :

1) Însuşirea unor tehnici practice de rezolvare a situațiilor incitante la fumat. În urma discuției cu specialistul, pacientul capătă abilități de a identifica şi învăța să rezolve problemele ivite pe parcursul tentativei de sevraj şi ulterior în etapa de menținere a abstinenței. (3, 37)

Asemenea situații se vor releva în cursul şedinței de consiliere, cînd specialistul va chestiona subiectul asupra modalității, conjuncturii, motivațiilor pro fumat şi îl va antrena pentru a le face față.

2) Suport psihologic şi comportamental cu încurajarea fumătorului de a opri definitiv fumatul.

Anticiparea situațiilor dificile şi alegerea de comun acord a unor strategii viabile va oferi pacientului soluții pentru problemele legate de dificultatea de a rezista tentației de a fuma. Această componentă a tratamentului se bazează pe rolul activ, suportiv psihologic al terapeutului, care va constitui un punct de sprijin, încurajând constant sevrajul tabagic şi felicitând permanent fumătorul pentru progresele obținute.

Experiența acumulată ne îndreptățeşte să afirmăm că nu există o rețetă miraculoasă pentru aceste probleme sau şabloane universal valabile - fiecare pacient poate ridica probleme variate, el se va sfătui cu şi va învăța de la specialist ce are de făcut, după cum chiar şi un specialist experimentat poate întâlni situații cu care nu s-a mai confruntat şi va avea de înfruntat provocări noi.

Mai mult, evidențele consultate de noi au arătat că rareori se poate aplica aceeaşi consiliere standard tuturor pacienților, că unele modele de terapie cognitiv-comportamentală sunt asociate unei anumite strategii terapeutice, că în majoritatea studiilor de profil lipseşte corelarea cu grupurile de control şi în fine, că studiile despre rezultatele terapiei cognitiv-comportamentale au targetat cu precădere grupuri specifice de populație care aveau anumite particularități sau dificultăți specifice de renunțare la fumat. (4, 32, 37, 38)

De aceea nu vom putea descrie aceste metode în mod exact, ca un algoritm matematic.

Putem da totuşi câteva exemple de sfaturi practice des uzitate:

Trebuie să ştii să refuzi prima țigară !

Aruncă "trusa" de fumător : brichete, chibrituri, pachete de țigări;

Schimbă rutina zilnică;

Evită consumul de cafea, cola, ceai;

Când simți nevoia de a fuma, bea un pahar mare de apă sau suc natural de fructe;

3-5 mese/zi;

Mic dejun: sucuri naturale, lactate, eventual carne, ouă; atenție la obiceiul cafea-țigară !

Dejun şi cină: de preferat cruditățile, legumele verzi, fructele;

Înainte de culcare – un pahar de apă sau ceai;
De evitat: să mâncați între mese, evitați dulciurile: produsele de patiserie, bomboanele, ciocolata;
Nu ezitați a bea mai mult de 2 litri de apă/zi;
Exerciții fizice, plimbări în aer liber, învățați exerciții de relaxare;
Începeți să practicați un sport nou;
Evitați să intrați în contact cu fumătorii sau cu situațiile în care ați fi tentați să fumați;
Economisiți banii cheltuiți pe țigări, cumpărați-vă un cadou!

Etapele în care consilierea cognitiv-comportamentală se dovedeşte utilă şi contribuie la creşterea ratei de succes a abstinenței sunt (29):

1. Evaluarea motivației pentru renunțare la fumat

Se apreciază în urma unei discuții deschise care va trebui să releve medicului dacă pacientul este conştient de riscurile asumate prin fumat pentru sănătate, să permită încadrarea pacientului în stadiul corespunzător al schimbării şi definirea exactă a motivului de renunțare la fumat.(29) Toate aceste informații se obțin prin interviul motivațional**. (Anexa 3**, v. suplimentul ghidului)

2. Dialogul medic-pacient- care trebuie să se bazeze pe stimă şi înțelegere din partea medicului. Acesta trebuie să ştie să asculte pacientul şi nu să îi facă morală nici să-l culpabilizeze, aplicând principiul enunțat că tabagismul cronic este o boală şi nu un viciu şi fumătorul este un om bolnav iar boala lui se numeşte dependență nicotinică.

Acest dialog trebuie condus de medic astfel încât actorul principal să fie pacientul, cea mai mare parte a timpului fiind alocată pentru ceea ce are el de spus despre fumat.Totodată, specialistul trebuie să intervină oportun punctând elementele care pot ajuta pacientul: argumente pentru punerea în balanță a riscurilor şi beneficiilor fumatului, stabilirea unor obiective clare în privința sevrajului şi a unor termene de realizare a acestora, furnizarea de sfaturi practice şi trucuri de jugulare a situațiilor critice anticipate.

Desigur, discuția trebuie adaptată de la caz la caz şi în consens cu gradul de motivare prosevraj: pacientul care se înscrie pe curba renunțării la fumat are o cu totul altă abordare față de cel nemotivat, care nu doreşte încă să oprească fumatul.

În final, dialogul poate fi considerat reuşit dacă la plecarea de la consultație pacientul are certitudinea că este privit cu simpatie, dacă angajamentul său de renunțare la fumat este mutual cu medicul său şi dacă a primit informații precise asupra datelor de contact ale medicului pentru a putea dialoga cu el şi în afara consultațiilor față în față, în caz că va avea nevoie de sprijin. (37, 39)

3. Evaluarea dependenței nicotinice (analiza apetitului pentru fumat, explicarea conceptului de dependență tabagică) (41)

Experiența în consiliere antifumat ne-a relevat următorul aspect: cea mai mare parte a fumătorilor nu dețin cunoștințe exacte cu privire la ceea ce li se întâmplă la nivel cerebral atunci când fumează şi motivul pentru care le este greu să renunțe la fumat, chiar dacă sunt profund motivați. De aceea o discuție cu un specialist despre efectele nicotinei la nivelul creierului şi modul de instalare a dependenței nicotinice poate creşte spectaculos inițiativa pacientului de a renunța la fumat.

Trebuie revelat pacientului rolul de stimulent psiho-activ şi intelectual al nicotinei, obişnuința creată, aşa zisele țigarete rituale - cele mai greu de îndepărtat, rolul pro-fumat al anumitor contexte sociale şi de mediu, adică toate conotațiile dependenței fizice, psihice şi comportamentale de nicotină regăsite în tot atâtea motive de a fuma sau relua fumatul: antistress, antidepresiv, de plăcere, automatisme.

4. Analiza amănunțită a neliniştilor şi temerilor legate de procesul de renunțare la fumat

Subiectul trebuie avizat şi înarmat cu soluții despre posibilitatea eşecului renunțării la fumat, despre dificultățile fizice şi psihice inerente sindromului de abstinență. Unii fumători mai invocă: teama de a-şi pierde prietenii, anturajul, tabieturile, ”micile plăceri “, teama că nu vor putea gestiona situațiile stresante, momentele deprimante, iar alții susțin că se tem să consume medicamente pentru tratamentul dependenței nicotinice sau în fine că pur şi simplu fumând se simt tineri, supli sau în diverse alte moduri.

Arta cu care medicul specialist în consilierea antifumat va şti să contracareze toate aceste spaime ale fumătorilor şi să îi convingă cu argumente obiective că singura opțiune sănătoasă este oprirea fumatului va asigura succesul terapeutic. Iar pentru aceasta nu trebuie decât să se înarmeze cu informațiile despre fumat prezentate în suplimentul acestui ghid şi să le transfere pacientului cât mai convingător.

5. Alegerea de comun acord cu pacientul a unei strategii terapeutice adecvate

După ce au discutat, stabilit reperele şi anticipat dificultățile potențiale, medicul şi pacientul, aflat acum în posesia tuturor informațiilor necesare, decid împreună ce metodă terapeutică aleg pentru oprirea fumatului, nu înainte ca medicul să prezinte fumătorului toate aspectele legate de contraindicațiile, precauțiile şi efectele adverse ale acesteia. Această ultimă etapă va decurge firesc, o dată puntea de comunicare cu pacientul creată prin terapia cognitiv-comportamentală.

2.4.3. Asocierea consilierii cognitiv-comportamentale la terapia farmacologică

Recomandare: Asocierea celor două metode creşte eficacitatea terapiei dependenței nicotinice, față de aplicarea lor separată. Ori de câte ori

este posibil, recomandăm administrarea terapiei medicamentoase împreună cu consilierea cognitiv-comportamentală la pacienții care încearcă să renunțe la fumat. (Nivel de dovadă = A) (21)

Revizuirea a 18 studii care au evaluat eficacitatea comparativă a acestor terapii a relevat creşterea considerabilă a eficienței în formula combinată**.** Mai mult, randamentul a crescut direct proporțional cu intensitatea consilierii, rezultate maximale înregistrându-se la un număr de 8 sesiuni de consiliere, acestea fiind efectuate atât față-în-față cât şi telefonic.(4, 32, 42, 43)

2.4.4. Evaluarea eficacității intervențiilor terapeutice pentru renunțare la fumat

2.4.4..1 Aprecierea intensității intervenției medicale pentru renunțare la fumat

În funcție de durata perioadei de consiliere, durata administrării şi tipul de terapie farmacologică indicată, de numărul şi lungimea sesiunilor de consiliere, apelarea la modalități ajutătoare: contacte telefonice, materiale informative etc., dar şi de alte variabile, există intervenții medicale mai mult sau mai puțin laborioase, cu eficiență corespunzătoare.(42)

După cum reiese şi din datele publicate în literatură (43), intervențiile intensive efectuate în centre de renunțare la fumat cu dotare şi personal instruit în domeniu sunt incontestabil mai eficace şi au o rată de succes mai ridicată, în comparație cu intervențiile bazale, de nivel 1, de genul sfatului minimal.

În România, această problemă se tranşează destul de simplu, dat fiind că majoritatea consultațiilor sunt disponibile în 2008 la nivelul 2 - al cabinetelor specializate în rețeaua de medici instruiți în domeniu.

Şi totuşi, pentru a contribui la creşterea eficacității asistenței medicale a fumătorului şi a acoperi în cât mai scurt timp deficitul de specialişti din cele mai multe zone ale țării, opiniem pentru folosirea la maximum, în actualul *status quo* al resurselor profesionale existente. Astfel, orice medic care a absolvit un modul de curs de bază în terapia dependenței nicotinice şi care doreşte să asigure activitate de asistență a fumătorilor poate fi cooptat pentru asigurarea intervențiilor de consiliere de medicină primară (nivel 1). (37)

Recomandarea nu este singulară, în formularea ei ne-am bazat pe strategia propusă de ghidul de tratament al dependenței nicotinice al ACCP 2008 (4), conform căreia medicii, care acordă consultații de asistare a fumătorilor nu trebuie să fie certificați sau acreditați de anumite organisme unicat sau afiliați unui singur for tutelar, ci ei trebuie să posede cunoştințele necesare, expertiză şi să fi absolvit cursuri de formare în domeniu cu specialişti din centre de profil de referință.

Aici, pe lângă activitatea curentă, au prilejul să se implice în perioada de formare şi în programe mai ample de control al tutunului, în studii clinice asupra dependenței nicotinice şi în elaborarea de publicații sau materiale

educaţionale, venind astfel în contact cu toate aspectele caracteristice abordării de vârf a problematicii consumului de tutun.

O intervenţie medicală în vederea renunţării la fumat are o intensitate ridicată dacă:

- evaluarea iniţială a fumătorului permite aprecierea motivaţiei exacte pentru renunţare, a factorilor de risc de recidivă şi prezice şansa de reuşită;
- abordează multicomponenţial pacientul, prin: medicul care transmite recomandarea de renunţare la fumat şi informaţii despre riscuri şi beneficii pentru sănătate, terapii farmacologice şi intervenţii adiţionale de tip consiliere cognitiv comportamentală şi psihologică, linii telefonice de suport etc.;
- raportul doză-intensitate referitor la numărul de sesiuni de consiliere şi durata unei sesiuni este crescut: se consideră optimal minimum 15 minute lungimea unei sesiuni şi cel puţin 4 sesiuni pentru fiecare caz de dependenţă nicotinică tratat;
- structura intervenţiei respectă un format standard cu evaluare completă iniţială, vizite de follow-up şi aplicarea criteriilor standard de confirmare a abstinenţei tabagice;
- apelează la terapie farmacologică la toţi pacienţii cu dependenţă nicotinică, cu excepţia contraindicaţiilor;
- combină terapia farmacologică cu consilierea specializată, pentru a creşte rata de succes a sevrajului tabagic;
- se adresează unui grup populaţional numeros, în cadrul unor programe de sănătate publică. (37)

Recomandăm medicilor să ofere sesiuni multiple de consiliere pacienţilor la care se administrează medicaţie. (Nivel de dovadă A) (16, 21)

2.4.4.2. Aprecierea eficacităţii intervenţiei pentru renunţarea la fumat

Intervenţiile rezervate doar specialiştilor din centrele de consiliere antifumat sunt dovedite ca eficiente şi datorită faptului că sunt intensive, conform criteriilor de intensitate enumerate mai sus.

Revizuirea sistematică a datelor din literatură (37, 42, 43, 44) asupra tuturor metodelor de sevraj publicate de studii randomizate a relevat eficacitatea corespunzătoare a fiecărei modalităţi terapeutice în parte.

Criteriile de eficacitate a consilierii de specialitate pentru renunţare la fumat (intervenţiile de nivel 2) sunt:

- integrarea acestui tip de serviciu medical în activitatea medicală curentă;
- calificarea corespunzătoare şi angajarea de personal propriu care acordă doar asistenţă medicală fumătorilor, fără a mai intercala această activitate printre obligaţiile curente de serviciu. Specificul asistenţei medicale pentru fumători reclamă specialişti cu abilităţi de comunicare,

la zi cu noutăţile în domeniu prin traininguri periodice, la intervale regulate, în contact cu organisme educaţionale şi dezirabil cu apartenenţă la colectivele de cercetare;
- rata de succes a tentativelor de sevraj;
- adresabilitatea ridicată;
- adăgarea de rutină la terapia farmacologică a suportului comportamental, specific dependenţei nicotinice.

Se recomandă acele programe de suport pentru fumători care implică contacte multiple pe o perioadă scurtă de 4-12 săptămâni cu specialişti în renunţare la fumat formaţi în acest scop. Conform datelor din literatură, acestea se soldează în medie cu succesul a 1 din 20 de tentative de sevraj nicotinic, pentru minimum 6 luni, la persoane care nu ar fi reuşit altfel acest lucru. (37, 45) (Nivel de dovadă A)

Criteriile pentru eficacitatea sfatului minimal (intervenţiile de nivel 1) sunt:
- acordarea de rutină a sfatului antifumat tuturor pacienţilor îngrijiţi în centrul medical respectiv;
- indicarea terapiei farmacologice fumătorilor care întrunesc criterii de tratament.

Se recomandă acordarea sfatului minimal de către un medic specialist angajat special în acest scop, dacă există posibilitatea, iar dacă nu, este recomandabil ca măcar într-un spaţiu amenajat special să existe un punct de informare unde personalul spitalului să ofere informaţii şi materiale educative pentru pacienţi, într-un anumit orar. (Nivel de dovadă A) (37, 42)

Criteriile pentru eficacitatea tuturor intervenţiilor pentru renunţare la fumat (intervenţiile de nivel 1 şi 2) sunt:

a) Recomandarea pentru terapie farmacologică este obligatorie. Nivel de dovadă A *(37, 45, 46)*

b) Crearea condiţiilor de acces la servicii specializate de renunţare la fumat pentru toţi fumătorii, în măsura posibilităţilor*:* (37, 45, 46, 47, 48)
- crearea accesului larg la serviciile specializate prin amplasarea centrală a centrului de renunţare la fumat, cu acces uşor la transportul public. Dacă nu este realizabil acest lucru, centrul poate asigura traininguri periodice ale personalului din localităţile arondate. Nivel de dovadă A (45, 46)
- suportarea de către organismele guvernamentale, case de asigurări etc. a costului terapiei de sevraj. Nivel de dovadă A (37)
- adaptarea strategiei de consiliere antifumat la circumstanţele asistenţei medicale locale cu valorificarea elementelor cele mai importante ca nivel de evidenţă ştiinţifică care să conducă la eficientizarea intervenţiilor.

Ca exemple putem menționa: eficacitatea sfatului minimal dat de medicii de familie, consilierea la specialist, aportul terapiei farmacologice (Nivel de dovadă A) (46, 47, 48).

- standardizarea cu caracter de unicitate curriculară a intervențiilor la nivel național prin formarea continuă de personal calificat în domeniu atât pentru consilierea antifumat intensivă, de nivelul 2 cât şi pentru cel de bază al asistării fumătorilor. (Nivel de dovadă C) (37, 47, 48)
- suportarea costurilor trainingurilor specialiştilor care nu sunt plătiți pentru consiliere şi care doresc să se formeze în domeniul tehnicilor de sevraj nicotinic creşte eficacitatea intervențiilor furnizate de aceştia şi accelerează implementarea lor în rutina de lucru. **(**Nivel de dovadă A) (46, 47)

2.4.5. Recomandări de scheme terapeutice individualizate

2.4.5.1. Asocieri de medicamente.

Combinațiile de medicamente dovedite eficiente în literatura de specialitate sunt: plasturii cu nicotină asociați gumei şi sprayului cu nicotină, pe o durată mai mare de 14 săptămâni, plasturii asociați cu inhalerul cu nicotină, bupropion SR asociat cu plasturi nicotinici. (49, 50)

Practic, având în vedere spectrul terapiilor disponibile în România în 2008, se pot prescrie următoarele terapii combinate, pentru cazurile la care abstinența tabagică nu poate fi realizată prin monoterapie.

a) Plasturi cu nicotină şi gumă de mestecat cu nicotină – plasturii de 15 mg se administrează zilnic aşa cum s-a indicat la capitolul 2.4.1.1., iar în asociere se poate folosi guma de mestecat cu nicotină, ca medicație de criză, atunci când apetitul de a fuma este imperios, pentru a evita consumul de tutun.

Guma se poate administra zilnic sau intermitent, de la caz la caz, sub supravegherea specialistului. Combinarea plasturilor cu altă formă de substitute nicotinice are eficacitate superioară (51) administrării unei singure terapii pe bază de nicotină. Strategia folosită în combinarea medicației pentru a creşte eficacitatea tratamentului, se bazează pe asocierea de medicamente care permit eliberarea pasivă de nicotină (ex: plasturi nicotinici) cu medicație care eliberează acut nicotina (guma, inhalerul) cu scopul de a asigura un nivel constant de nicotină, care permite o amendare mai eficace a simptomatologiei acute de sevraj. Astfel se poate vorbi de medicația de fond-plasturii, la care se adaugă una de criză-guma.Studiile clinice certifică eficacitatea mărită a combinației guma & plasturi, față de monoterapie. (51, 52)

Într-un studiu dublu-orb, placebo controlat publicat în 1996, Konitzer şi col. raportează că adăugarea de gumă nicotinică la terapia cu plasturi a dus la o rată de abstinență tabagică la 34% față de numai 24% la 12 săptămâni şi respectiv de 28% față de 15% la 24 de săptămâni. (53)

Terapia de combinație cu gumă şi plasturi nicotinici cu o durată de 3-6 luni ar trebui luată în considerare la pacienți cu sindrom de sevraj nicotinic sever şi/sau prelungit, la care nu se indică alte soluții terapeutice. (4, 52)

***b) Plasturi cu nicotină şi Bupropion*:** Folosirea combinației de bupropion SR asociat cu plasturi nicotinici în doze şi durată standard este dovedită eficace în direcția atingerii abstinenței pe termen lung. (Nivel de dovadă A) (4)

Într-un studiu dublu-orb, placebo controlat care a comparat eficacitatea mono cu biterapia cu aceste două produse, s-a constatat că rata abstinenței la 12 luni a fost de 35, 5 % pentru terapia combinată (plasture şi bupropion), față de 30.3% pentru bupropion, 16.4% pentru plasturele cu nicotină, şi 15.6% pentru placebo. De remarcat că diferența între grupul tratat cu bupropion şi cel cu plasturi şi bupropion nu a fost semnificativă. La pacienți fără contraindicații ale celor două medicamente, se recomandă terapia combinată astfel: se începe cu bupropion în dozele standard primele două săptămâni şi plasturii cu nicotină se adaugă din ziua fixată pentru oprirea fumatului. Bupropion se va administra în total 7-12 săptămâni. Durata optimă a tratamentului cu plasturi în această formulă combinată este de 3-6 luni. (31)

Bupropion în combinație cu plasturi nicotinici este mai eficace decât plasturii singuri, poate şi pentru că au mecanisme de acțiune diferite. (5)

Alegerea tipului şi modului de combinare a medicamentelor ține de mai mulți factori, între care caracteristicile personale şi preferințele fumătorului, costuri, intensitatea sindromului de sevraj etc. S-a constatat că folosirea de asocieri de medicamente poate jugula mai bine simptomele de sevraj decăt monoterapia. (54)

2.4.5.2. Prelungirea duratei tratamentului

Experiența în domeniul tratării dependenței nicotinice a relevat faptul că cele mai multe eşecuri ale terapiei se datorează unor scheme rigide de tratament, absenței sau unui deficit al tehnicilor de consiliere şi unui sindrom de sevraj sever.

Tratamentul optim al dependenței nicotinice nu se poate baza aşadar pe un set prestabilit de reguli, el trebuie individualizat şi adaptat pe măsură ce este aplicat.

De aceea, ajustarea dozelor, alcătuirea de combinații terapeutice şi prelungirea duratei tratamentului sau reluarea acestuia se însoțesc de diminuarea riscului de recidivă a fumatului.

Este bine de ştiut

Nu sunt justificate temerile legate de posibila dependență creată de terapia de substituție nicotinică, în cazul curelor prelungite cu aceste produse.

Punând în balanță alternativa consumului de tutun cu continuarea administrării de nicotină medicinală, care nu este livrată organismului împreună

cu substanţele toxice şi cancerigene din fumul de tutun şi nu realizează nivele sanguine ridicate care să precipite addicţia, cu siguranţă prelungirea duratei de administrare a produselor pe bază de nicotină este oportună sănătăţii. (29, 47)

De asemeni, trebuie ştiut că recăderile survenite în perioada imediat următoare încheierii tratamentului nu se datorează prelungirii duratei acestuia, ci sunt un element caracteristic condiţiei cronice care este dependenţa tabagică. Ele se descriu după orice tratament standard al dependenţei nicotinice şi se abordează aşa cum s-a arătat în capitolul de prevenire a recidivelor fumatului. (16)

Pentru unii pacienţi, este oportună prelungirea duratei de tratament pentru un interval mai mare decât cel recomandat uzual. Analiza studiilor asupra acestui aspect a relevat o rată mai bună de abstinenţă la folosirea pe termen lung a gumei cu nicotină comparativ cu o cură scurtă şi un procent de 15-20 % dintre abstinenţii la fumat care folosesc guma nicotinică pentru perioade ≥ de 12 luni. (4, 55) Rezultatele *Lung Health Study* au evidenţiat că aproximativ o treime din pacienţii cu BPOC incluşi în acest studiu care au rămas abstinenţi pe termen lung au folosit gumă cu nicotină până la 12 luni, unii chiar 5 ani, fără efecte adverse serioase. (56) Rezultate remarcabile ale cotei abstinenţei de durată s-au înregistrat prin asocierea de plasture nicotinic cu gumă de mestecat cu nicotină ad-libitum pe o durată îndelungată. (4, 55)

a) Tratamentul prelungit cu produse de substituţie

Terapia de substituţie nicotinică cu gumă şi plasturi se poate administra un timp mai îndelungat-mai mult de 6 luni, cu rezultate bune mai ales la cei care raportează sindrom de sevraj prelungit. Terapia de substituţie administrată pe o perioadă mai lungă de 6 luni a fost aprobată de FDA şi certificată ca lipsită de riscuri în această formulă.(4)

Efecte suplimentare ale tratamentului de substituţie nicotinică.

Există studii care au demonstrat că utilizarea gumei cu nicotină asigură un control al greutăţii corporale post întrerupere a fumatului.Mai mult decât atât, se pare că există o corelaţie între doza de nicotină utilizată şi creşterea în greutate (cu cât este mai mare, cu atât creşterea în greutate este mai mică). (57)

Puţine persoane devin dependente de substitutele nicotinice. Unii foşti fumători continuă să le consume până la de 1 an sau chiar mai mult, din motive de teamă de a relua fumatul. Acesta este singurul şi cel mai important obiectiv pe care specialistul trebuie să-l aibă în vedere când tratează astfel de fumători.

Substitutele nicotinice au un profil de siguranţă verificat şi pot fi administrate în doze şi cu durată suficiente, atât cât este nevoie pentru a optimiza rata de abstinenţă tabagică. (4, 58, 59).

b) Tratamentul prelungit cu vareniclină

Este sigur şi bine tolerat şi asigură creşterea ratei de abstinenţă la distanţă, reducând considerabil rata recidivei fumatului.

S. Tonstad şi col., într-un studiu randomizat controlat care a urmărit efectul terapiei de menţinere cu vareniclină asupra ratei de renunţare la fumat găsesc 70, 6% abstinenţi între săptămânile 13-24 printre subiecţii trataţi cu vareniclină vs. 49, 8% - cei care au primit placebo, respectiv 44% faţă de 37, 1% abstinenţi între săptămânile 13-52.

Vareniclina poate fi administrată pe o durată de 24 de săptămâni, cu toleranţă bună, ca medicaţie eficace pentru dependenţa nicotinică, mai ales la acei pacienţi la care după primele 12 săptămâni de tratament revine apetitul de a fuma. Vareniclina este primul medicament din seria terapiilor farmacologice pentru renunţare la fumat care a demonstrat un efect semnificativ antirecidivă a fumatului pe termen lung. (60).

2.4.6. Reducerea fumatului ca metodă de renunţare

Reducerea fumatului a fost definită ca o reducere a consumului zilnic de tutun, dar fără abstinenţă totală. În cele mai multe studii, reducerea a fost definită ca mai puţin de 50% din consumul de tutun iniţial. Puţini dintre cei care fumează zilnic reduc în mod spontan numărul de ţigări fumate. Recidivele după renunţare sunt asociate cu reducerea numărului de ţigări, însă nu e clar dacă menţin în timp această reducere. Substituienţii de nicotină (şi probabil terapiile comportamentale) pot induce fumătorilor care nu sunt interesaţi să renunţe realizarea unei reduceri semnificative a fumatului şi menţinerea ei în timp. Fumatul compensator poate să apară ca efect secundar al reducerii sale, dar există totuşi o scădere semnificativă a expunerii la efectele nocive ale fumului de ţigară. Reducerea fumatului ar putea fi fezabilă dacă este susţinută prin tratament. Promovarea reducerii fumatului va depinde de efectele sale asupra stării de sănătate şi a facilitării unei viitoare renunţări. (61)

Mai multe studii au analizat efectul reducerii fumatului pe sistemul cardio-vascular, căile aeriene, efectele carcinogene, defectele ADN-ului şi cancerul de plămâni, asupra greutăţii la naştere şi a stării de sănătate. Date limitate (studii mici, pe populaţii selectate şi pe perioade scurte de urmărire) sugerează că o reducere substanţială a fumatului ar amenda mai mulţi factori de risc cardio-vasculari şi ar ameliora simptomele respiratorii. În plus, reducerea fumatului se asociază cu o scădere cu 25% a markerilor biologici şi a incidenţei cancerului pulmonar şi cu o creştere mică, aproape nesemnificativă, a greutăţii la naştere. Nu par să existe efecte benefice substanţiale pe funcţia pulmonară. (62)

Reducerea fumatului ar putea fi o alternativă de tratament pentru fumătorii care nu sunt pregătiţi să renunţe complet. Rata renunţării la fumat în

grupul care a primit gumă cu nicotină a fost dublă față de placebo la 3 luni şi triplă la 12 luni. Folosirea concomitentă a gumei cu nicotină şi continuarea fumatului în varianta reducerii au fost bine tolerate, cu scăderea semnificativă a nivelului de monoxid de carbon. Guma cu nicotină poate fi o alternativă eficace şi mai puțin 'dureroasă' pentru fumătorii care nu sunt pregătiți să renunțe la fumat şi ar putea promova încetarea fumatului, care este scopul ultim al tratamentului împotriva dependenței de tutun. (63)

Studiul ROSCAP despre reducerea fumatului la pacienții cardiaci este un trial randomizat controlat care a testat eficiența strategiei de reducere a fumatului în scăderea efectelor negative ale tutunului, promovarea renunțării la fumat şi îmbunătățirea indicatorilor clinici şi biochimici ai expunerii la toxine printre pacienții cu boală cardiacă. Cei care au redus fumatul au fost mai ales bărbați, cu fumat mai intens decât cei din grupul control. Sexul, vârsta, antecedentele de BPOC şi numărul de diagnostice de boală cardiacă au fost predictorii apariției reducerii spontane a fumatului şi a gradului de reducere. Reducerea spontană este mai frecventă printre fumătorii care sunt bolnavi. Antecedentele de boală cardiacă sunt un predictor puternic al unei reduceri ulterioare. (64)

Reducerea fumatului creşte probabilitatea unei renunțări viitoare. (63)

Bibliografie

1.Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T Nicotine replacement therapy for smoking cessation *(COCHRANE)*-abstract http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000146.html

2. Schneider NG, Terrace S, Koury MA, Patel S, Vaghaiwalla B, Pendergrass R, Olmstead RE, Cortner C. Comparison of three nicotine treatments: initial reactions and preferences with guided use. *Psychopharmacology (Berl)*. 2005 Nov;182(4):545-50.

3. Nardini S., Education and smoking cessation, *Eur Respir Mon*, 2000, 13, 41-57.

4. www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm

5.Jack E. Henningfield, PhD, Reginald V. Fant, PhD, August R. Buchhalter, PhD and Maxine L. Stitzer, PhD Pharmacotherapy for Nicotine Dependence CA *Cancer J Clin* 2005; 55:281-299

6.Ann Arbor (MI) University of Michigan Health System. Smoking cessation.: 2006 Aug.12p.http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=9800&nbr=5247

7. Robert F. Leeman[1, *], Christopher J. Huffman[2] and Stephanie S. O'Malley[1] Alcohol history and smoking cessation in nicotine replacement therapy, bupropion sustained release and varenicline trials: a review *Alcohol and Alcoholism* 2007 42(3):196-206;

8. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G., Nicotine replacement therapy for smoking cessation Comment in: Evid Based Nurs. 2005 Jan;8(1):13. *Int J Epidemiol.* 2005 Oct;34(5):1002. Int J Epidemiol. 2005 Oct;34(5):1003. Update of: Cochrane Database Syst Rev. 2002;(4):CD000146.

9. Schneider NG, Cortner C, Justice M, Gould JL, Amor C, Hartman N, Kleinman L, Olmstead RE Preferences among five nicotine treatments based on information versus sampling**:** *Nicotine Tob Res*. 2008 Jan;10(1):179-86.

10.Antolin-Partidas, Ramon Rolando and Karl Olov Fagerström Natasha Herrera, Roberto Franco, Lorenzo Herrera, Nicotine Gum, 2 and 4 mg, for Nicotine Dependence A Double-blind

Placebo-controlled Trial Within Behavior Modification Support Program : A Double-blind *Chest* 1995;108;447-451
11.Hughes JR, Gust SW, Keenan RM, et al. Nicotine vs placebo gum in general practice. *JAMA* 1989; 261:1300-05
12. West R, Hajek P, Nilsson F, Foulds J, May S, Meadows A. Individual differences in preferences for and responses to four nicotine replacement products, *Psychopharmacology (Berl*). 2001 Jan 1;153(2):225-30
13. Hall SM, Munoz RF, Reus VI, et al. Mood management and nicotine gum in smoking treatment: a therapeutic contact and placebo-controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:1003-1009
14.Yudkin P.L., Jones L., Lancaster T. Fowler G.H. Which smokers are helped to give up smoking using transdermal nicotine patches? Results from a randomized, double-blind, placebocontrolled trial *British Journal of General Practice*, 1996, 46, 145-148.
15.Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340:685-691
16. Rigotti N.A., Treatment of Tobacco Use and Dependence http://content.nejm.org/cgi/content/full/346/7/506
17. Jan Paul Ottervanger, Jeroen M. Festen, Arie G. de Vries and Bruno H.C. Stricker, Acute Myocardial Infarction While Using the Nicotine Patch, *Chest* 1995;107;1765-1766
18. Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med* 1996;335:1792-1798
19. J. Taylor Hays, MD, Ivana T Croghan, PhD, Darrell R. Schroeder MS, Kenneth P. Offord, MS, Richard D. Hurt, MD, Troy D. Wolter, MS, Mitchell A. Nides, PhD, and Michael Davidson, MDOver-the-Counter Nicotine Patch Therapy for Smoking Cessation: Results From Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, and Open Label Trials, *Arnerican Journal of Public Health*, Nov.1999, vol.89, nr.11, p.1701-7.
20. Fiore M.C., Kenford S.L., Jorenby DE, Wetter DW, Smith SS, Baker TB, Two studies of the clinical effectiveness of the treatments nicotine patch with different counseling, *Chest* 1994;105;524-533
21. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
22. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997;337:1195-1202
23. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340:685-691
24. Trofor A., Mihaescu T., Esanu V., Grigoras C. Smoking cessation with bupropion - is it successful enough?, *The European Respiratory Journal*, vol. 26, supliment 49(XV th ERS Annual Congress), sept.2005, pg. 388s
25. Ferry LH, Burchette RJ. Efficacy of bupropion for smoking cessation in non-depressed smokers. *J Addict Dis.* 1994;13:249.
26. Wilkes, S, Evans, A, Henderson, M, Gibson, J (2005). Pragmatic, observational study of bupropion treatment for smoking cessation in general practice. *Postgrad. Med. J.* 81: 719-722
27. Roddy, E. (2004). Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *BMJ* 328: 509-511
28. Swan, G. E., McAfee, T., Curry, S. J., Jack, L. M., Javitz, H., Dacey, S., Bergman, K. (2003). Effectiveness of Bupropion Sustained Release for Smoking Cessation in a Health Care Setting: A Randomized Trial. *Arch Intern Med* 163: 2337-2344
29.Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., *Le traitement de la dependence au tabac, Guide Pratique.*

30. Hurt, R. D., Krook, J. E., Croghan, I. T., Loprinzi, C. L., Sloan, J. A., Novotny, P. J., Kardinal, C. G., Knost, J. A., Tirona, M. T., Addo, F., Morton, R. F., Michalak, J. C., Schaefer, P. L., Porter, P. A., Stella, P. J. (2003). Nicotine Patch Therapy Based on Smoking Rate Followed by Bupropion for Prevention of Relapse to Smoking. *JCO* 21: 914-920
31**.**Kolawole S. Okuyemi, MD, MPH; Jasjit S. Ahluwalia, MD, MPH, MS; Kari J. Harris, PhD, MPH Pharmacotherapy of Smoking Cessation *Arch Fam Med.* 2000;9:270-281
32.http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr
33. Jorenby E.D., Phd, Hays T.J., MD, Rigotti N.A., MD, Azoulay S., MD, Watsky E.J., MD, Williams E.K., Phd, Billing C.B., MS, Gong J., MD, Reeves K.R., MD, Efficacy of Varenicline, , an ά4β2 Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation*, JAMA*, July 5, 2006.
34. Gonzales D., PhD, Rennard I.S., MD, Nides M., PhD, Oncken C., MD, Azoulay S., MD, Billing C.B., MS, Watsky E.J., MD, Gong J., MD, Williams K.E., Phd, Reeves K.R., MD, Varenicline, an ά4β2 Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Sustained-Release Bupropion and Placebo for Smoking Cessation*, JAMA*, July 5, 2006.
35.Nides, M., Oncken, C., Gonzales, D., Rennard, S., Watsky, E. J., Anziano, R., Reeves, K. R., for the Varenicline Study Group, (2006). Smoking Cessation With Varenicline, a Selective {alpha}4beta2 Nicotinic Receptor Partial Agonist: Results From a 7-Week, Randomized, Placebo- and Bupropion-Controlled Trial With 1-Year Follow-up.. *Arch Intern Med* 166: 1561-1568
36. Gonzales, D., Rennard, S. I., Nides, M., Oncken, C., Azoulay, S., Billing, C. B., Watsky, E. J., Gong, J., Williams, K. E., Reeves, K. R., for the Varenicline Phase 3 Study Group, (2006). Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial.. *JAMA* 296: 47-55
37. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000;55:987-999.
38. Le Foll, B. MD PhD, George, T. P. MD (2007). Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. *CMAJ* 177: 1373-1380
39. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998;53:Suppl 5:S1-S19
40. Zhu SH, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis. *Am J Prev Med* 2000;18:305-311.
41. Henningfield JE, Nemeth-Coslett R. Nicotine dependence. Interface between tobacco and tobacco-related disease *Chest* 1988;93;37-55
42.NICE advice on the best way to quit smoking-Februarie 2008-*National Institute for Clinical and Health Excellence,* www.nice.org.uk
43. Anderson JE, Jorenby E.D, Scott WS, , and Fiore MG, Treating Tobacco Use and Dependence* An Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation, *CHEST* 2002; 121:932–941
44. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counseling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;**2**: CD001292.
45. Anczak, J. D., Nogler, R. A. II (2003). Tobacco Cessation in Primary Care: Maximizing Intervention Strategies. *Clin Med Res* 1: 201-216
46. Goldstein MG, DePue JD, Monroe AD, et al. A population-based survey of physician smoking cessation counseling practices. *Prev Med.* 1998;27(5 Pt 1):720–729
47. Ping Wu, ' Wilson K., Dimoulas P, Mills J, EEffectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis, *Arch Fam Med*. 2000;9(3):267-269.
48. Smith, WR (2000) Evidence for the effectiveness of techniques to change physician behavior. *Chest* 118, 8S-17S, 3.

49. Blöndal, T, Gudmundsson, LJ, Olafsdottir, I, et al Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomised trial with six-year follow up. *BMJ* 1999;318, 285-289
50.Bohadana, AB, Nilsson, F, Rasmussen, T, et al Nicotine inhaler and nicotine patch as a combination therapy for smoking cessation: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med* 2000;160, 3128-3134.
51.Puska, P, Korhonen, HJ, Vartiainen, E, et al Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia. *Tob Control* 1995;4, 231-235
52. DeGraff, A. C. Jr (2002). Pharmacologic Therapy for Nicotine Addiction. *Chest* 122: 392-394
53.Kornitzer, M, Boutsen, M, Dramaix, M, et al Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo- controlled clinical trial. *Prev Med* 1995;24, 41-47
54. Ranney, L., Melvin, C., Lux, L., McClain, E., Lohr, K. N. (2006). Systematic Review: Smoking Cessation Intervention Strategies for Adults and Adults in Special Populations. *ANN INTERN MED* 145: 845-85657.
55. West R, Zhou X. Is nicotine replacement therapy for smoking cessation effective in the "real world"? Findings from a prospective multinational cohort study. *Thorax* 2007; 62:998-1002
56. Morgan, M D L, Britton, J R (2003). Chronic obstructive pulmonary disease * 8: Non-pharmacological management of COPD. *Thorax* 58: 453-457
57. Leischow SJ, Sachs DPL, Bostrom AG, Hansen MD. Effects of differing nicotine-replacement doses on weight gain after smoking cessation. *Arch Fam Med* 1992;1:233-237
58. Hall SM, Munoz RF, Reus VI, et al. Mood management and nicotine gum in smoking treatment: a therapeutic contact and placebo-controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:1003-1009
59. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis. *JAMA* 1994;271:1940-1947
60. Tonstad S., MD, PhD, Tonnesen P., MD, PhD, Hajek P., Phd, Williams K.E., Phd, Billing C.B., MS, Reeves R.K., MD, Effect of Maintenance Therapy With Varenicline on Smoking Cessation, *JAMA,* July 5, 2006.
61.Hughes JR; Carpenter MJ, The feasibility of smoking reduction: an update *Addiction*. 2005; 100(8):1074-89 (ISSN: 0965-2140)
62. Pisinger C; Godtfredsen NS Is there a health benefit of reduced tobacco consumption? A systematic review. *Nicotine Tob Res.* 2007; 9(6):631-46 (ISSN: 1462-2203)
63.Batra A; Klingler K; Landfeldt B; Friederich HM; Westin A; Danielsson T Smoking reduction treatment with 4-mg nicotine gum: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Clin Pharmacol Ther*. 2005; 78(6):689-96 (ISSN: 0009-9236)
64. Joseph AM; Bliss RL; Zhao F; Lando H Predictors of smoking reduction without formal intervention. *Nicotine Tob Res*. 2005; 7(2):277-82 (ISSN: 1462-2203)

3. RECOMANDĂRI DE TRATAMENT ÎN SITUAȚII SPECIALE ŞI LA GRUPE DE POPULAȚIE CU RISC

3.1. Recomandari de tratament la gravide. Fumatul în timpul sarcinii

Se recomandă gravidelor să primească consiliere psiho-socială individuală pentru renunțarea la fumat, nu numai sfat minimal. (Nivel de dovadă A)

Renunțarea precoce e cea mai avantajoasă pentru mamă şi făt şi aduce beneficii în orice moment al sarcinii. Ajutorul trebuie oferit la prima vizită pre-natală şi pe parcursul sarcinii. (Nivel de dovadă B)

Intervențiile de consiliere antitabagică din timpul sarcinii sunt eficiente şi ar trebui folosite în mod curent. Există dovezi ale eficienței intervenției la gravide prin sfat minimal, cursuri structurate de consiliere antitabagică şi broşuri de auto-ajutor.(1) Şedințele de consiliere cu durată peste 10 minute şi prin materiale tipărite au crescut renunțarea la fumat de la 8% (fără intervenție sau îngrijirea uzuală) la 15%. (2)

Renunțarea la fumat trebuie să fie bruscă, cu participarea obstetricianului şi a soțului. (3)

Unele cadre medicale au tendința de a recomanda în primul rând reducerea treptată a numărului de țigări decât renunțarea bruscă la fumat, ceea ce nu este o soluție potrivită. (4)

Beneficiul substituienților de nicotină depăşeşte riscurile fumatului pentru femeile însărcinate fumătoare, cu indicația de utilizare doar dacă gravidele nu pot renunța fără terapie. (5) Însă în acest moment, pentru femeile însărcinate fumătoare, substituția nicotinică este contraindicată în multe țări. Comitetul Ştiințific asupra Fumatului şi Stării de Sănătate (6) recomandă continuarea studierii eficienței şi siguranței utilizării înlocuitorilor de nicotină pentru femeile însărcinate fumătoare.

Intervenții psiho-sociale. Studiile au analizat două perioade: abstinența înainte de naştere (> 24 saptămîni de sarcină) şi o abstinență mai mare de 5 luni postpartum. (7)

O consiliere la femeile însărcinate constă în recomandarea de a opri fumatul, suplimentată prin punerea la dispoziție a materialelor scrise şi a programelor de renunțare la fumat. Intervențiile psihosociale sunt mult mai de folos dacă consilierea are loc în timpul sarcinii. (8) Rezultatele referitoare la consilierea postpartum sunt pozitive.

Fumatul în timpul sarcinii expune mama riscului de avort spontan, deces subit al fătului, naştere de feți morți sau cu greutate mică şi poate da tulburări de comportament şi emoționale în copilărie. (9) Multe femei sunt motivate să renunțe la fumat în timpul sarcinii, iar cei care lucrează în domeniul sanitar pot profita de acest moment prin a arăta că renunțarea va reduce riscul asupra

fătului, cu efecte benefice şi postpartum pentru mamă şi copil. (10) Evaluarea statusului de fumător e importantă, mai ales la ex-fumătoare, pentru riscul de recădere. (11) Renunţarea la fumat încă de la începutul sarcinii e benefică, dar beneficii pentru sănătate sunt observate chiar dacă renunţarea are loc mai târziu. (12)

Se estimează că pînă la 20 % din naşterile cu feţi cu greutate mică pot fi evitate prin renunţarea la fumat în timpul sarcinii. (13) De aceea, o femeie gravidă care fumează trebuie sa primescă suport în a renunţa la fumat pe toată perioada sarcinii. Femeile trebuie să ştie şi că fumatul poate să le scadă fertilitatea. (14)

Femeile care au renunţat la fumat după luna 6 de sarcină au avut o rată mai mare de recidivă în perioada postpartum. (15) Recăderile postpartum pot fi reduse prin discuţii cu mamele şi explicarea consecinţelor fumatului asupra copiilor (infecţii repiratorii, astm). (16) Rezultatul meta-analizelor arată eficienţa materialelor de suport pentru renunţare, comparată cu neacordarea unei asistenţe în timpul sarcinii (17)

Eficienţa medicaţiei la gravide. Datele despre eficienţa substituenţilor de nicotină la femeile însărcinate includ 3 studii controlate, randomizate. Nu s-au observat diferenţe semnificative la rata de renunţare, numărul de ţigări fumate, greutatea la naştere sau naşterile premature. (18) Femeile din grupul cu terapie comportamentală şi substituienţi de nicotină au renunţat în procent mai mare la fumat la 7 saptămâni după randomizare (29 % vs 10 %) şi la săptămâna 38 de sarcină (22 % vs 10 %), dar studiul a fost oprit înainte de termen din motive de siguranţă. (19) Datorită acestor rezultate, nu s-au făcut recomandări privind siguranţa medicaţiei în timpul sarcinii.

Siguranţa medicaţiei la gravide. Fumatul în timpul sarcinii este factorul de morbiditate şi mortalitate care poate fi modificat cel mai simplu. (20) Efectele adverse ale fumatului în timpul sarcinii includ riscul de avort spontan, naştere prematură, dezlipire de placentă, întârziere în creşterea fătului, şi alte riscuri privind sănătatea mamei şi fătului. (21)

Nivelul crescut de monoxid de carbon are efecte neuro-teratogene. (22) Stresul oxidativ contribuie la creşterea riscului de complicaţii trombotice, prin scăderea oxidului nitric, contribuind la vasoconstricţie placentară şi naştere prematură. (23) Nicotina produce insuficienţă utero-placentară prin vasoconstricţie, neurotoxicitate cu dezvoltarea întârziată a creierului.

Expunerea mamei la nicotina din plasturi sau gumă a arătat puţine efecte hemodinamice asupra mamei şi fătului, mult mai mici decît dacă ar fuma.(24) Studiul Wisborg a inclus 250 de femei randomizate cărora li s-au administrat plasturi cu nicotină (15 mg) sau placebo pentru 11 săptămâni, fără efecte adverse severe ale nicotinei. (25) Greutatea la naştere a fost semnificativ mai mare la cei din grupul de studiu, posibil datorită reducerii consumului de ţigări. Studiul Pollack (19) a randomizat 181 femei cu psihoterapie şi psihoterapie cu

înlocuitori de nicotină (plasturi, gumă sau pastile). Mai mult din jumătate dintre femei au ales plasturii cu nicotină, cu doza ajustabilă în funcție de numărul de țigări fumate înainte de intrarea în studiu şi au avut rate semnificativ mai mari de renunțare. Studiul a fost însă întrerupt de Data Safety Monitoring Board datorită incidenței mai mari (30% vs 17%) a efectelor adverse, cel mai frecvent efect fiind naşterea înainte de termen (autorii concluzionând că studiul nu poate fi publicat). Un studiu retrospectiv, cu deficiențe de metodologie ce fac dificilă interpretarea, a arătat că folosirea susbstituienților de nicotină la gravide în primele 12 săptămîni de sarcină a fost asociat cu creşterea redusă dar marginal semnificativă a malformațiilor congenitale, comparativ cu mamele care au fumat în primul trimestru de sarcină. (26) Deasemenea, există îngrijorarea că pot interveni avorturi spontane nedescoperite la femeile însărcinate ce continuă să fumeze. Majoritatea femeilor folosesc substituienți de nicotină în trimestrele 2 şi 3 de sarcină, fără să fie raportate efecte adverse. (24)

Un medicament este sigur dacă beneficiile depăşesc riscurile. Nicotina are efecte adverse asupra fătului, iar utilizarea substituienților de nicotină expune gravidele unui risc încă insuficient evaluat.

3.2. Recomandări de tratament la tineri sub 18 ani.

Se recomandă medicilor să întrebe adolescenții şi copiii despre consumul de tutun şi să transmită un mesaj clar despre importanța renunțării totale la țigări sau produse de tutun. (Nivel de dovadă = C) (33*)*

Se recomandă consilierea adolescenților fumători pentru a-i ajuta să renunțe la fumat.(Nivel de dovadă = B)(37)

Se poate lua în considerare, pentru a proteja copiii de fumatul pasiv, indicația către clinicieni de a întreba părinții dacă fumează, oferindu-le sfaturi pentru a-i ajuta să renunțe. Consilierea în clinicile pediatrice este eficientă, cu creşterea numărul de părinți care au oprit fumatul. (Nivel de dovadă = B)(33, 38)

În Statele Unite, în fiecare zi aproximativ 4000 de copii şi adolescenți sub vîrsta de 18 ani încep să fumeze şi se estimează că 1200 dintre aceştia devin fumători zilnici. (27) Tinerii încep să folosească tutunul cu regularitate din motive sociale şi parentale, datorită reclamelor şi filmelor, pentru controlul greutății şi din curiozitate. (28, 29, 30) Dependența de nicotină apare rapid, chiar şi la adolescenți. (31) Datorită importanței prevenției primare, clinicienii trebuie să ofere informații adolescenților şi părinților. Deoarece consumul de tutun începe adesea în pre-adolescență, medicii trebuie să intervină la această grupă de vârstă (32). Revizuirile recente ale studiilor privind prevenirea fumatului la adolescenți, arată eficiența limitată a acestora.(33) O analiză națională a programelor de renunțare la fumat din 2007, arată lipsa acestora în

comunitaţile care au nevoie, şi de aceea prevalenţa fumatului la tineri e în creştere.(34) Strategiile de prevenţie utile în cele mai multe cazuri pot fi găsite în Raportul Institutului de Medicină "Growing Up Tobacco Free" (35) şi în "2000 Surgeon General's Report Reducing Tobacco Use". (36)

Tinerii subestimează dependenţa de nicotină.

Adolescenţii fumători ocazional sau zilnic cred că se pot lăsa oricând de fumat.(37) În realitate, numai aproximativ 4% dintre fumătorii cu vâsta 12 -19 ani reuşesc să renunţe la fumat în fiecare an, cu o rată de eşec mai mare decât la fumătorii adulţi. (38) Însă adolescenţii sunt foarte interesaţi să renunţe: 82% din cei cu vârsta 11 - 19 ani se gândesc să renunţe, iar 77% au avut în ultimul an serioase încercări de a renunţa. (39) Încercările adolescenţilor sunt rareori planificate, alegând să renunţe fără ajutor, însă tinerii care participă la programele de renunţare la fumat au şanse duble de a reuşi. (40)

Tratamentele folosite la copii şi adolescenţi

Consilierea

O analiză din 2008 a şapte studii a arătat că utilizarea consilierii dublează abstinenţa pe termen lung în comparaţie cu îngrijirea obişnuită sau fără tratament.

Consilierea a inclus sfat minimal, materiale scrise şi trimiterea la un specialist. (41)

Puţinele studii despre tehnicile de consiliere prezintă intervenţii ce variază în intensitate, formă şi conţinut. Principalul scop al acestor intervenţii constă în a îmbunătăţii motivaţia, a stabili scopuri şi a preveni recidiva. (42) Rezultate favorabile există la grupurile bazate pe terapie socială şi cognitivă, comparativ cu grupurile care participă la scurte expuneri de 10-20 minute.(43) Intervenţiile trebuie să fie pe măsura nivelului de înţelegere a fiecărei categorii de vârstă (diferit pentru 12 ani şi 18 ani). Consilierea suplimentară este recomandată pentru cei cu vârsta 18 - 24 ani. (44)

Studii recente arată că 33-35% dintre fumătorii tineri sunt identificaţi şi sfătuiţi să renunţe de către medici şi 20 % de stomatologi. (45) Acceptarea asistenţei pentru a renunţa a fost raportată în 42 % din cazuri şi revenirea la medic doar în 16 % din cazuri. Medicii trebuie să utilizeze strategii motivaţionale adaptate pentru adolescenţi. (46) Este important pentru medic să respecte confidenţialitatea, adică să discute în absenţa parinţilor.

Consilierea oferită părinților la vizita la medic.

Consilierea oferită părinților în cursul spitalizării copiilor în clinicile de pediatrie creşte interesul părinților de a renunța la fumat (47), creşte numărul încercărilor de a renunța şi numărul de părinți care renunță la fumat.

Medicația

Substituienții de nicotină, Vareniclina şi Bupropionul SR, cu toate că prezintă un nivel de siguranță bun, nu sunt recomandate ca tratament la copii şi adolescenți, existând puține dovezi care să arate eficiență pe termen lung (48, 49).

Deşi experiența românească în privința consilierii pentru renunțarea la fumat este incipientă, menționăm derularea începând din 2007 a programului național *"Adolescenții renunță la fumat"* finanțat de Ministerul Sănătății Publice din România. Acesta se adresează renunțării la fumat în rândul adolescenților de liceu, prin tehnici interactive de consiliere şi educare, stimulente şi premierea celor care dovedesc abstinența la finele a 6 sesiuni de lucru. Programul este coordonat de Spitalul de Pneumologie Iaşi (autorii programului în Romania sunt Rețeaua pentru Prevenirea Fumatului din România prin Asociația Aer Pur România şi conf. dr. Antigona Trofor de la Universitatea de Medicină şi Farmacie "Gr. T. Popa" din Iaşi). Un alt mod de a asista elevii de vârstă gimnazială în problematica tentației de a fuma debutează în 2008, printr-un program de asemeni finanțat de Ministerul Sănătății Publice, care dezvoltă abilități de refuz al consumului de tutun, prin metode atractive : video-lecții şi premii la final. (50) Autorii programului în România sunt Asociația Aer Pur România şi dr. Lucia Lotrean de la Universitatea de Medicină şi Farmacie «Iuliu Haţieganu» din Cluj.

3.3. Recomandări de tratament la grupuri specifice de populație şi comorbidități

Mulți factori pot influența acceptabilitatea, uzul şi eficiența tratamentelor împotriva dependenței de tutun. Intervențiile ar trebui adaptate după caracteristicile personale sau context: gen, rasă/etnie, vârstă, comorbidități, internări în spital.

Se poate considera că intervențiile terapeutice sunt eficiente la o varietate de populații consumatoare de tutun, cu excepția cazurilor în care medicația este contraindicată sau a grupurilor specifice la care medicația s-a dovedit a fi ineficientă (femei însărcinate, consumatorii de tutun nefumători, fumătorii moderați, adolescenții) (Nivel de dovadă B) (1)

Tratamente eficiente pentru grupuri specifice de populaţie

Recomandările se aplică majorităţii fumătorilor: HIV pozitivi, spitalizaţi, minorităţi sexuale, nivel socio-economic scăzut/educaţie redusă, fumătorii cu comorbidităţi, vârstnici, tulburări psihiatrice, consumatori de droguri, minorităţi rasiale şi etnice, femei fumătoare. Nu se aplică adolescenţilor, fumătoarelor însărcinate, fumătorilor moderaţi şi consumatorilor de tutun nefumători. Trialurile randomizate care au generat recomandările terapeutice au cuprins categorii diverse de fumători, pe grupuri omogene de populaţii specifice. Intervenţiile eficiente pe un grup populaţional tind să fie eficiente şi pe alte grupe de populaţie, cu siguranţa relativă a tratamentelor faţă de riscurile continuării consumului de tutun.

Infectaţi HIV.

Nici un trial clinic randomizat de lungă durată nu a analizat eficacitatea intervenţiilor la această grupă de pacienţi. E nevoie de studii suplimentare. Un studiu cu monitorizare timp de 3 luni a indicat rezultate favorabile după consilierea prin telefon. (51) Datele existente arată eficienţa medicaţiei pentru renunţarea la fumat. (52)

Pacienţi spitalizaţi

Intervenţiile intensive la pacienţii internaţi şi urmăriţi cel puţin 1 lună au fost asociate cu o rată de renunţare semnificativ mai crescută faţă de grupul de control (baza de date Cochrane 2007, 17 trialuri). (53)

Urmărirea după externare este o componentă cheie a intervenţiilor eficiente. Substituienţii de nicotină şi bupropionul sunt eficienţi, fără efecte secundare semnificative.

Intervenţiile sunt utile, iar comorbidităţile nu au afectat probabilitatea renunţării la fumat.

Tipurile de intervenţii eficiente sunt: consilierea psiho-socială, autoeducaţia prin broşuri şi materiale audio/video, medicaţia, (54) diagrame care să amintească practicianului să sfătuiască pacientul pentru renunţarea la fumat, consiliere în spital şi telefonică după externare. (55) Înlocuitorii de nicotină nu sunt indicaţi la pacienţii din terapie intensivă. (56)

Co-morbidităţi

Fumătorii care prezintă comorbidităţi cum ar fi cancerul, bolile cardiace, BPOC, diabetul zaharat şi astmul bronşic constituie ţinte importante pentru intervenţii specifice pentru renunţarea la fumat, dat fiind rolul pe care îl are fumatul în exacerbarea acestor afecţiuni. Clinicienii ai căror pacienţi sunt fumătorii cu aceste afecţiuni tratează de fapt o boală care poate fi cauzată sau exacerbată de fumat si care poate fi ameliorată doar de oprirea fumatului şi nu de reducerea numărului de ţigări. Integrarea intervenţiilor pentru dependenţa tabagică în cadrul programelor de management al bolilor cronice ar putea fi o cale eficientă de a răspândi aceste programe în cadrul populaţiei.

Tratamentul este eficient pentru fumătorii cu o mare varietate de co-morbidități.

Boala cardiovasculară: sunt utilizate consilierea psiho-socială (57), exercițiul fizic (58), vareniclina, bupropion SR (59), nicotina sub formă de patch-uri, gumă sau inhalator.(60) Diferite studii au documentat până în prezent lipsa unei asocieri între plasturii cu nicotină si evenimentele acute cardiovasculare, chiar şi la pacienții care au continuat să fumeze in timp ce utilizau aceşti plasturi (60). Este bine de urmat recomandarea producătorului de precauție în utilizarea înlocuitorilor de nicotină la pacienții cu afecțiuni cardiovasculare acute.

BPOC: se recurge la consiliere intensivă pentru renunțarea la tutun (61), psihoterapie comportamentală pentru prevenția recăderilor, combinată cu vareniclina, substituenți de nicotină (62), bupropion SR (63), nortriptilina (64), nicotina patch sau inhalatorie.(65)

Cancer: consiliere şi medicație (66), consiliere motivațională.(67)

Fumători vârstnici. Este eficientă strategia în 4 etape: 'evaluare', 'sfătuire', 'asistență', 'supraveghere' la cei de peste 50 de ani (68), consilierea (69), sfatul minimal (70), materialele auto-didactice adaptate vârstei (71), consilierea prin telefon (72), medicație. (73) Prin renunțarea la fumat se reduce riscul de mortalitate prin boală coronariană, BPOC şi cancer pulmonar şi scade riscul de osteoporoză.

Afecțiuni psihiatrice, consumatori de droguri

Afecțiunile psihiatrice sunt mai frecvente la fumători comparativ cu restul populației. Fumatul este mai frecvent la consumatorii de alcool şi droguri. Aceste grupuri apelează mai rar la tratamente pentru renunțarea la fumat. Tratarea pacienților psihiatrici pentru dependența la tutun este complexă în contextul multiplelor diagnostice şi multitudinii de medicamente de uz psihiatric. Rezultatele meta-analizelor pe studii publicate până în 2008 au arătat că antidepresivele, în mod specific bupropion SR şi nortriptilina, sunt eficiente în creşterea pe termen lung a ratei de renunțare la țigări la fumătorii cu antecedente de depresie. Medicația a fost însoțită de consiliere intensivă.

Deşi aceşti pacienți au un risc crescut de recădere, medicația pentru dependența tabagică este eficientă. (74) Bupropion SR şi nortriptilina sunt utile în schizofrenie, cu ameliorarea simptomelor bolii şi ale depresiei asociate. (75) Pacienții în tratament cu antipsihotice atipice ar putea răspunde mai bine la terapia cu bupropion SR decât cei cu antipsihotice standard. (75) Dovezile actuale sunt insuficiente pentru a afirma că fumătorii cu tulburări psihice beneficiază mai mult din tratamentele împotriva consumului de tutun, adaptate la simptomele psihiatrice, decât din tratamentele standard. (76)

Consilierea şi medicația sunt eficiente în tratarea fumătorilor care primesc tratament împotriva dependenței de droguri (77), cu puține dovezi care să arate interferențe cu recuperarea din aceste dependențe. (77) Un singur studiu

sugerează că aplicarea concomitentă a intervențiilor pentru renunțarea la fumat şi pentru dependența de alcool ar putea compromite rezultatul abstinenței la alcool, fără diferențe în rata abstinenței tabagice. (78)

Nu există experiență clinică cu Vareniclină la pacienții cu epilepsie.

Fără a fi contraindicată la această categorie de pacienți, folosirea vareniclinei a fost asociată la câteva cazuri cu modificări psiho-comportamentale. FDA recomandă monitorizarea de către clinician a tuturor schimbărilor de comportament sau de afectivitate în timpul terapiei de sevraj tabagic cu vareniclină. (68) (v.**Anexa 9** a suplimentului la ghid)

3.4. Recomandări de tratament pentru fumători cu nivel socio-economic scăzut/nivel de educație redus

Indivizii cu nivel socio-economic scăzut, cu nivel de educație redus şi oamenii străzii constituie categorii de populație neglijate. (79)

Aceştia au şanse mai mari să fumeze (80), au acces limitat la tratament eficient (81, 82), sunt neinformați în legătură cu medicația pentru renunțarea la fumat (83), trăiesc într-un mediu înconjurător şi muncesc în arii permisive din punct de vedere al politicilor fără fumat şi sunt o țintă uşor de atins de companiile producătoare de tutun (84).

Sunt indivizi cu o probabilitate mică să primească asistență pentru renunțarea la fumat (82) şi de cele mai multe ori, nu sunt asigurați sau au asigurări limitate de sănătate. În țările vestice, numai 25 % din această categorie au declarat că au beneficiat de asistență practică pentru renunțarea la fumat. Totuşi, aceste categorii şi-au exprimat un interes semnificativ crescut pentru abandonarea fumatului (85), cu beneficii importante de pe urma tratamentului (86). Datorită prevalenței crescute a fumatului la această populație, este importantă implicarea clinicienilor, cu intervenții, în special materiale scrise, care să fie elaborate într-o manieră abordabilă de către pacient. (87)

La data elaborării acestui ghid, se aplică în România programul național *Stop fumat*, care asigură consultația şi tratamentul gratuit cu Vareniclină, Bupropion sau plasturi nicotinici pentru pacienți fumători incluşi în program.

Pentru situații în care medicația nu poate fi procurată din programe naționale gratuite (lipsa de acces la servicii specializate, discontinuități ale programului etc.), sugerăm asigurarea de către stat a unui sistem de suportare a costurilor asistenței specializate în acest domeniu. Acest sistem trebuie să fie destinat prioritar persoanelor cu venituri mici, şi în măsura posibilităților tuturor categoriilor de fumători şi să constea din gratuitatea costurilor tratamentului medicamentos şi gratuitatea consultațiilor

3.5. Recomandări de abordare a creşterii în greutate după oprirea fumatului

Se poate lua în considerare, pentru fumătorii preocupați de creşterea în greutate după renunțarea la fumat, prescrierea sau recomandarea vareniclinei, a bupropionului sau terapei de substituție cu nicotină (în special guma cu nicotină), care s-au demonstrat că întârzie creşterea în greutate după oprirea fumatului (Nivel de dovadă B).(90, 91, 93)

Majoritatea fumătorilor care renunță la fumat câştigă variabil în greutate, în general mai puțin de 5 kilograme, dar 10 % cresc ponderal peste 15 kilograme. (88) Cu toate acestea, excesul ponderal consecutiv opririi fumatului este o amenințare minoră asupra sănătății, comparativ cu riscurile continuării fumatului. (89)

Tendința de a creşte mai mult în greutate este mai mare la femei decât la bărbați (90), şi la cei din rasa neagră, indiferent de gen, cu vârsta sub 55 ani, mari fumători (peste 25 țigări/zi). (91)

Preocuparea exagerată şi teama de creşterea ponderală sunt factori motivaționali pentru inițierea sau continuarea fumatului la unii indivizi, mai ales la femei. (92, 93)

Adolescenții preocupați de greutatea corporală încep să fumeze mai frecvent. (94)

Nu există nici o dovadă destul de convingătoare că intervențiile de consiliere pentru diminuarea creşterii în greutate în timpul tentativelor de renunțare la fumat au avut ca rezultat reducerea reală a excesului ponderal (95), fără să dăuneze însă procesului de renunțare la fumat. (96)

Substituția nicotinică este eficientă în întârzierea procesului de creştere în greutate după renunțarea la fumat (97). Bupropionul SR este eficient în întârzierea creşterii în greutate. (98) Odată ce este oprită terapia cu bupropion sau guma cu nicotină, fumătorul va creşte în medie în greutate ca şi cum nu ar fi utilizat de loc aceste medicații. (99) În două studii comparative cu bupropion şi placebo, câştigul ponderal cu vareniclină pe parcursul a 12 săptămâni de tratament a fost mai mic şi s-a situat sub 3 kg. (99, 100).

Creşterea ponderală se produce prin creşterea aportului caloric şi prin scăderea ratei metabolismului. Implicarea mecanismelor metabolice sugerează faptul că fumătorii vor creşte în greutate chiar dacă nu măresc aportul caloric. (100)

Preocuparea pentru creşterea în greutate reprezintă un obstacol în abstinența tabagică, în special la femei.

Pacientul trebuie informat şi pregătit în legătură cu posibilitatea creşterii în greutate, pentru că în mod uzual aceasta este moderată. De asemenea clinicianul trebuie să informeze pacientul că fumatul reprezintă un risc mult mai mare pentru sănătate decât riscul aproape neglijabil pe care îl reprezintă creşterea moderată în greutate. În timpul încercării de renunțare la fumat,

pacientul trebuie sprijinit pentru managementul kilogramelor în plus, după renunțarea cu succes la fumat. Acesta trebuie încurajat să adopte un stil de viață sănătos, prin practicarea mișcării fizice moderate, alimentația bogată în fructe şi legume, somn suficient şi limitarea consumului de alcool. (101)

Exercițiul fizic

Intervențiile pentru creşterea efortului fizic măresc în mod real rata abstinenței la fumat. (102) Un progam de exerciții de câte 45 minute de 3 ori pe săptămână creşte abstinența la fumat pe termen lung în cazul femeilor şi întârzie creşterea în greutate atunci când este combinat cu un program cognitiv-comportamental.(103) Creşterea în greutate este redusă dacă abstinența la fumat este acompaniată de o creştere a activității fizice.(104) Nu sunt recomandate programe de exerciții fizice foarte intense fără un consult medical amănunțit în prealabil. Fumătorii ar trebui încurajați să includă exercițiul fizic moderat în modul zilnic de viață.

3.6. Recomandări de tratament pentru fumătorii moderați

Se recomandă ca fumătorii moderați să fie identificați, sfătuiți să renunțe rapid la fumat şi să li se ofere acces la intervenții pentru abandonarea fumatului (Nivel de dovadă B). (105)

În domeniul dependenței de tutun, nu s-a ajuns la un consens referitor la definiția fumatului moderat. În acest moment, un fumător moderat este o persoană care fumează mai puțin de 10 țigări/zi, sau care nu fumează zilnic. Noțiunea de fumător moderat nu se referă la fumatul unor țigări cu conținut scăzut de gudron sau nicotină Acest grup nu este inclus în studiile controlate şi randomizate care constituie baza unor recomandări specifice de tratament. (105)

Chiar dacă fumează mai puține țigări, fumătorii moderați prezintă risc important de a dezvolta boli datorate fumatului. (106)

Un studiu longitudinal, desfăşurat în Norvegia, ce a inclus un număr de 42722 de subiecți, a demonstrat o creştere a riscului de deces prin boală cardiacă ischemică dar şi prin alte afecțiuni date de fumat la bărbați şi femei care au fumat 1-4 țigări/zi.(107) La bărbați fumători ocazionali, s-a observat o creştere a mortalității şi morbidității cardiovasculare. (108)

Fumatul moderat este în creştere, probabil prin limitarea spațiilor în care mai este permis acest obicei şi datorită creşterii prețului la țigări.(109) Aproximativ 25% din adulții fumători din Statele Unite fumează mai puțin de 10 țigări /zi, iar 11, 6% fumează sub 5 țigări/zi. (110) Cei mai mulți doresc să renunțe la fumat, dar întâmpină serioase dificultăți, cu rată redusă de succes. (105) Acest lucru este concordant cu dovezile conform cărora mulți dintre fumătorii moderați prezintă dependență, deşi fumează relativ puțin.(105) Aceştia au şanse mai puține să primească tratament adecvat renunțării la fumat decât cei care sunt mari fumători. (111)

Fumătorii moderați trebuie să beneficieze de tratament prin consiliere, pentru că acesta s-a demonstrat a fi eficient. Informarea sistematică pare a fi mai eficientă decât întâlnirile motivaționale la aceşti fumători. (112)

3.7. Sugestii posibile de tratament pentru prevenirea recidivelor

Intervențiile pentru prevenirea recidivelor nu au avut efect la gravide foste fumătoare (113, 114), la femei postpartum (115, 116), la pacienții care nu au fumat în spital (117), la militari. (118)

Intervențiile comportamentale au fost ineficiente în prevenția recăderilor la cei care au renunțat cu ajutor de specialitate (119) sau din proprie inițiativă (120).

Efect modest în favoarea reducerii recăderilor a existat la cei care au folosit guma cu nicotină (121), dar nu şi la bupropion (122). Intervențiile specifice individuale sau în grup nu au prevenit recăderile (123), indiferent de durată şi de timpul de contact (124), şi nici după 8 săptămâni de consilere telefonică (125).

Meta-analizele şi studiile randomizate nu au identificat intervenții eficiente de prevenție a recidivelor la cei cu tentative reuşite de renunțare la fumat, cu excepția unui efect modest al gumei cu nicotină. Intervențiile au fost de intensitate moderată: scurte discuții personale, materiale scrise, scrisori, contacte telefonice. Nu există dovezi care să arate că alte intervenții mai intensive ar fi eficiente pentru prevenirea recidivelor.(121, 123).

3.8. Recomandări de tratament pentru consumatorii de alte forme de tutun

Se recomandă identificarea consumatorilor de alte forme de tutun. Ei trebuie îndemnați insistent să renunțe şi să li se asigure consiliere cu privire la întreruperea consumului. (Nivel de dovadă – A) (130, 131, 136,)

Se vor lua în considerare următoarele:

a) Clinicienii care asigură servicii de sănătate dentară ar trebui să acorde sfat minimal tuturor consumatorilor de tutun nefumători. (Nivel de dovadă - A) (131)

b) Cei care folosesc trabuc, pipe şi orice alte forme de tutun ar trebui identificați, sfătuiți să renunțe şi să li se acorde aceleaşi sfaturi ca şi fumătorilor de țigarete. (Nivel de dovadă - C) (130)

Folosirea tabacului, a altor forme de tutun precum tutunul de mestecat sau prizat (uscat sau umed) produce dependență de nicotină cu consecințe grave asupra sănătății. (126) Prevalența acestor forme de consum tabagic era de 5% la bărbați şi sub 1% la femei în 2005. (127) Consecințele asupra sănătății sunt: alterarea calității danturii, afecțiuni ale gingiilor, pierderea de os periodontal, leucoplakia şi cancerul oral sau pancreatic. (128) Aceasta formă de utilizare a

tabacului nu este o alternativă la fumatul de ţigări clasice (129) şi nu există vreo dovadă care să sugereze că ar fi de ajutor la întreruperea fumatului clasic.

Există dovezi care susţin că sfatul minimal poate fi eficient la consumatorii de tutun nefumători (cei care consumă acele produse de tutun fără a inhala fum de tutun). (130) Marea majoritate a celor ce folosesc tutun de prizat umed au leziuni orale care pot fi identificate iar sublinierea acestei informaţii în timpul unui examen al cavităţii bucale ar putea fi motivatoare pentru tentativa de sevraj. Stomatologii care acordă sfaturi minimale cu privire la încetarea consumului de tutun pentru igiena orală, au succes în creşterea ratei abstinenţei. (131) Fumătorii de trabuc prezintă risc crescut pentru boala coronariană, BPOC, periodontită, cancer bucal, esofagian, laringian, pulmonar, cu dovezi asupra corelaţiei doză - efect. (132)

Cu toate că vânzările de ţigări au scăzut în ultima decadă, cele la trabucuri au crescut cu 15% în Statele Unite, în 2005. (133) Fumătorii de trabucuri minimalizează efectele acestora asupra sănătăţii, considerându-le mai puţin dăunătoare. (134) Folosirea trabucurilor şi a pipelor se asociază cu cancerul pulmonar, gastric, bucal, laringian şi esofagian. (135) Nu sunt dovezi clare dacă aceşti utilizatori de tabac renunţă mai greu decât fumătorii clasici. (136)

Dovezile existente sunt insuficiente pentru a susţine că folosirea medicamentelor pentru sevrajul tabagic ar creşte abstinenţa pe termen lung printre consumatorii de alte forme de tutun. (137)

3.9. Se poate lua în considerare dependenţa de substituienţi de nicotină

La introducerea lor în terapia dependenţei nicotinice, substituienţii de nicotină au fost utilizaţi numai la recomandarea medicului şi eliberaţi numai cu reţetă. Ulterior, eliberarea fără prescripţie a deschis calea abuzului, cu posibilitatea ca utilizatorii să devină dependenţi de nicotina din aceste preparate. Analiza studiilor arată însă că numai o fracţiune mică (0, 4-17%) din utilizatorii de substituienţi de nicotină folosesc aceste produse peste perioada recomandată (138). La aceşti pacienţi nu există simptomele specifice dependenţei: plăcerea sau satisfacţia asociate utilizării acestor produse, senzaţia subiectivă de dependenţă, dificultatea în a renunţa la folosirea ulterioară, apariţia simptomelor de sevraj la întreruperea administrării (139).

Dependenţa de substituienţi de nicotină apare foarte rar. Numeroase studii au deomonstrat eficienţa utilizării îndelungate a acestor produse, mai ales la marii fumători. Folosirea prelungită a unui singur produs nu produce riscuri sau efecte adverse severe, cum se întâmplă la folosirea concomitentă a două de astfel de produse sau în situaţia utilizării substituienţilor de nicotină în paralel cu continuarea fumatului. (140)

Bibliografie

1. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, *et al*. *Smoking cessation.* Clinical Practice Guideline No 18. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, Publication No. 96-0692: 1996.
2. Health Education Authority. *Smoking and pregnancy. Guidance for purchasers and providers.* London: Health Education Authority, 1994.
3. Owen L, Scott P. Barriers to good practice in smoking cessation work among pregnant women. *J Inst Health Educ* 1995;**33**:110–2.
4. Trevett N, ed. *Smoking and pregnancy, a growing problem.* London: Health Education Authority, 1997.
5. Benowitz N. Nicotine replacement therapy during pregnancy. *JAMA* 1991;**22**:3174–7.
6. Poswillo D. *Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health*. London: Stationery Office, 1998.
7. Campbell E, Sanson-Fisher R, Walsh R. Smoking status in pregnant women assessment of self-report against carbon monoxide (CO). Addict Behav 2001;26:1-9.
8. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, et al. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2004:CD001055.
9. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
10. Solomon L, Quinn V. Spontaneous quitting: self-initiated smoking cessation in early pregnancy. Nicotine Tob Res 2004;6 Suppl 2:S203-16.
11. England LJ, Grauman A, Qian C, et al. Misclassification of maternal smoking status and its effects on an epidemiologic study of pregnancy outcomes. Nicotine Tob Res 2007;9:1005-13.
12. DiClemente CC, Dolan-Mullen P, Windsor RA. The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. Tob Control 2000;9 Suppl 3:III16-21.
13. 788. U.S. Department of Health and Human Services. Women and smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2001.
14. Smoking and infertility. Fertil Steril 2006;86:S172-7.
15. Colman GJ, Joyce T. Trends in smoking before, during, and after pregnancy in ten states. Am J Prev Med 2003;24:29-35.
16. Billaud N. [What are the other long-term consequences of maternal smoking during pregnancy?]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2005;34 Spec No 1:3S234-40.
17. Windsor RA, Woodby LL, Miller TM, et al. Effectiveness of Agency for Health Care Policy and Research clinical practice guideline and patient education methods for pregnant smokers in Medicaid maternity care. Am J Obstet Gynecol 2000;182:68-75.
18. Kapur B, Hackman R, Selby P, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of nicotine replacement therapy in pregnancy. Curr Ther Res Clin Exp 2001;62:274-8.
19. Pollack KI, Oncken C, Lipkus IM, et al. Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. Am J Prev Med. 2007 Oct;33(4):297-305.
20. Armour BS, Campbell VA, Crews JE, et al. State-level prevalence of cigarette smoking and treatment advice, by disability status, United States, 2004. Prev Chronic Dis 2007;4:A86.
21. 813. Chiolero A, Bovet P, Paccaud F. Association between maternal smoking and low birth weight in Switzerland: the EDEN study. Swiss Med Wkly 2005;135:525-30.
22. 815. Woody RC, Brewster MA. Telencephalic dysgenesis associated with presumptive maternal carbon monoxide intoxication in the first trimester of pregnancy. J Toxicol Clin Toxicol 1990;28:467-75.

23. 817. Molinari C, Grossini E, Mary DA, et al. The role of nitric oxide in the peripheral vasoconstriction caused by human placental lactogen in anaesthetized pigs. Exp Physiol 2006;91:603-10.
24. Oncken CA, Kranzler HR. Pharmacotherapies to enhance smoking cessation during pregnancy. Drug Alcohol Rev 2003;22:191-202.
25. Wisborg K, Henriksen TB, Jespersen LB, et al. Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. Obstet Gynecol 2000;96:967-71.
26. Morales-Suarez-Varela MM, Bille C, Christensen K, et al. Smoking habits, nicotine use, and congenital malformations. Obstet Gynecol 2006;107:51
27. Centers for Disease Control and Prevention. Youth and tobacco use: current estimates. 2006. www.cdc.gov/tobacco/youth/index.htm
28. Baker TB, Brandon TH, Chassin L. Motivational influences on cigarette smoking. Ann Rev Psychol 2004;55:463-91.
29 Jackson C, Brown JD, L'Engle KL. R-rated movies, bedroom televisions, and initiation of smoking by white and black adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 2007;161:260-8.
30. Hill KG, Hawkins JD, Catalano RF, et al. Family influences on the risk of daily smoking initiation. J Adolesc Health 2005;37:202-10.
31. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. Arch Pediatr Adolesc Med 2007;161:704-10.
32. Kaufman NJ, Castrucci BC, Mowery PD, et al. Predictors of change on the smoking uptake continuum among adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156:581-8.
33. Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, et al. Smoking cessation interventions for adolescents: a systematic review. Am J Prev Med 2003;25:363-7.
34. Christakis DA, Garrison MM, Ebel BE, et al. Pediatric smoking prevention interventions delivered by care providers: a systematic review. Am J Prev Med 2003;25:358-62.
35. Institute of Medicine. Growing up tobacco free: preventing nicotine addiction in children and youth. Available at: http://www.nap.edu/catalog.php
36. Albert DA, Severson HH, Andrews JA. Tobacco use by adolescents: the role of the oral health professional in evidence-based cessation programs. Pediatr Dent 2006;28:177-87.
37. Al-Delaimy WK, White MM, Pierce JP. Adolescents' perceptions about quitting and nicotine replacement therapy: findings from the California Tobacco Survey. J Adolesc Health 2006;38:465-8.
38. Engels RC, Knibbe RA, de Vries H, et al. Antecedents of smoking cessation among adolescents: who is motivated to change? Prev Med 1998;27:348-57.
39. Hollis JF, Polen MR, Lichtenstein E, et al. Tobacco use patterns and attitudes among teens being seen for routine primary care. Am J Health Promot 2003;17:231-9.
40. McCuller WJ, Sussman S, Wapner M, et al. Motivation to quit as a mediator of tobacco cessation among at-risk youth. Addict Behav 2006;31:880-8.
41. Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database Syst Rev 2006:CD003289.
42. Colby SM, Monti PM, O'Leary Tevyaw T, et al. Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. Addict Behav 2005;30:865-74.
43. Dino G, Horn K, Abdulkadri A, et al. Cost-effectiveness analysis of the Not On Tobacco Program for adolescent smoking cessation. Prev Sci 2008;9:38-46.
44. Husten CG. Smoking cessation in young adults. Am J Public Health 2007;97:1354-6.
45. Sims TH, Meurer JR, Sims M, et al. Factors associated with physician interventions to address adolescent smoking. Health Serv Res 2004;39:571-86.
46. Alfano CM, Zbikowski SM, Robinson LA, et al. Adolescent reports of physician counseling for smoking. Pediatrics 2002;109:e47.

47. Kelly AB, Lapworth K. The HYP program-targeted motivational interviewing for adolescent violations of school tobacco policy. Prev Med 2006;43:466-71.
48. Hanson K, Allen S, Jensen S, et al. Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. Nicotine Tob Res 2003;5:515-26.
49. Muramoto ML, Leischow SJ, Sherrill D, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of 2 dosages of sustained-release bupropion for adolescent smoking cessation. Arch Pediatr Adolesc Med 2007;161:1068-74
50 Trofor A., Mihaltan F., Lotrean L., Smoking cessation and prevention for young people Romanian expertise.- articol sub tipar în revista *Tabaccologia*, www.tabaccologia.org
51. Vidrine DJ, Arduino RC, Gritz ER. Impact of a cell phone intervention on mediating mechanisms of smoking cessation in individuals living with HIV/AIDS. Nicotine Tob Res 2006;8 Suppl 1:S103-8.
52. Elzi L, Spoerl D, Voggensperger J, et al. A smoking cessation programme in HIV-infected individuals: a pilot study. Antivir Ther 2006;11:787-95.
53. Rigotti N, Munafo M, Stead L. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev 2007.
54. Simon JA, Carmody TP, Hudes ES, et al. Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: a randomized trial. Am J Med 2003;114:555-62.
55. Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, et al. Smoking cessation in hospitalized patients. Results of a randomized trial. Arch Intern Med 1997;157:409-15.
56. Lee AH, Afessa B. The association of nicotine replacement therapy with mortality in a medical intensive care unit. Crit Care Med 2007;35:1517-21.
57. Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, et al. A randomized controlled trial of smoking cessation counseling after myocardial infarction. Prev Med 2000;30:261-8.
58. Fowler B, Jamrozik K, Norman P, et al. Improving maximum walking distance in early peripheral arterial disease: randomised controlled trial. Aust J Physiother 2002;48:269-75.
59. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. Eur Heart J 2003;24:946-55.
60. Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ. Smoking cessation in patients with coronary artery disease. Am Heart J 2005;149:565-72.
61. Christenhusz L, Pieterse M, Seydel E, et al. Prospective determinants of smoking cessation in COPD patients within a high intensity or a brief counseling intervention. Patient Educ Couns 2007;66:162-6.
62. Wagena EJ, van der Meer RM, Ostelo RJ, et al. The efficacy of smoking cessation strategies in people with chronic obstructive pulmonary disease: results from a systematic review. Respir Med 2004;98:805-15.
63. Tashkin D, Kanner R, Bailey W, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. Lancet 2001;357:1571-5.
64. Wagena EJ, Knipschild PG, Huibers MJ, et al. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. Arch Intern Med 2005;165:2286-92.
65. Tonnesen P, Mikkelsen KL. Smoking cessation with four nicotine replacement regimes in a lung clinic. Eur Respir J 2000;16:717-22.
66. Duffy SA, Ronis DL, Valenstein M, et al. A tailored smoking, alcohol, and depression intervention for head and neck cancer patients. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006;15:2203-8.

67. McClure JB, Westbrook E, Curry SJ, et al. Proactive, motivationally enhanced smoking cessation counseling among women with elevated cervical cancer risk. Nicotine Tob Res 2005;7:881-9.
68. Tait RJ, Hulse GK, Waterreus A, et al. Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults. Addiction 2007;102:148-55.
69. Vetter NJ, Ford D. Smoking prevention among people aged 60 and over: a randomized controlled trial. Age Ageing 1990;19:164-8.
70. Morgan GD, Noll EL, Orleans CT, et al. Reaching midlife and older smokers: tailored interventions for routine medical care. Prev Med 1996;25:346-54.
71. Rimer BK, Orleans CT. Tailoring smoking cessation for older adults. Cancer 1994;74:2051-4
72. Miller N, Frieden TR, Liu SY, et al. Effectiveness of a large-scale distribution programme of free nicotine patches: a prospective evaluation. Lancet 2005;365:1849-54.
73. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. Addict Behav 2004;29:1067-83.
74. George TP, Vessicchio JC, Termine A, et al. A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. Biol Psychiatry 2002;52:53-61.
75. Orleans CT, Hutchinson D. Tailoring nicotine addiction treatments for chemical dependency patients. J Subst Abuse Treat 1993;10:197-208.
76. Hurt RD, Eberman KM, Croghan IT, et al. Nicotine dependence treatment during inpatient treatment for other addictions: a prospective intervention trial. Alcohol Clin Exp Res 1994;18:867-72.
77. Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. J Consult Clin Psychol 2004;72:1144-56.
78. Joseph AM, Willenbring ML, Nugent SM, et al. A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. J Stud Alcohol 2004;65:681-91.
79. Schroeder SA. Shattuck Lecture. We can do better–improving the health of the American people. N Engl J Med 2007;357:1221-8.
80. Butler J, Okuyemi KS, Jean S, et al. Smoking characteristics of a homeless population. Subst Abus 2002;23:223-31.
81. 563. Connor SE, Cook RL, Herbert MI, et al. Smoking cessation in a homeless population: there is a will, but is there a way? J Gen Intern Med 2002;17:369-72.
82. Murphy JM, Mahoney MC, Hyland AJ, et al. Disparity in the use of smoking cessation pharmacotherapy among Medicaid and general population smokers. J Public Health Manag Pract 2005;11:341-5.
83. 565. Cummings KM, Hyland A, Giovino GA, et al. Are smokers adequately informed about the health risks of smoking and medicinal nicotine? Nicotine Tob Res 2004;6 Suppl 3:S333-40.
84. Apollonio DE, Malone RE. Marketing to the marginalised: tobacco industry targeting of the homeless and mentally ill. Tob Control 2005;14:409-15.
85. Wadland WC, Soffelmayr B, Ives K. Enhancing smoking cessation of low-income smokers in managed care. J Fam Prac 2001;50:138-44.
86. Dermer A. Smoking, tobacco exposure through breast milk, and SIDS.JAMA 1995;274:214-5.
87. Jaen CR, Cummings KM, Shah D, et al. Patterns of use of a free nicotine patch program for Medicaid and uninsured patients. J Natl Med Assoc 1997;89:325-8.
88. O'Hara P, Connett JE, Lee WW, et al. Early and late weight gain following smoking cessation in the Lung Health Study. Am J Epidemiol 1998;148:821-30.
89. Eisenberg D, Quinn BC. Estimating the effect of smoking cessation on weight gain: an instrumental variable approach. Health Serv Res 2006;41:2255-66.

90. Williamson DF, Madans J, Anda RF, et al. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. N Engl J Med 1991;324:739-45.
91. 826. Klesges RC, Winders SE, Meyers AW, et al. How much weight gain occurs following smoking cessation? A comparison of weight gain using both continuous and point prevalence abstinence. J Consult Clin Psychol 1997;65:286-91.
92. Borrelli B, Spring B, Niaura R, et al. Influences of gender and weight gain on short-term relapse to smoking in a cessation trial. J Consult Clin Psychol 2001;69:511-5.
93. Plotnikoff RC, Bercovitz K, Rhodes RE, et al. Testing a conceptual model related to weight perceptions, physical activity and smoking in adolescents. Health Educ Res 2007;22:192-202.
94. Vidrine JI, Anderson CB, Pollak KI, et al. Gender differences in adolescent smoking: mediator and moderator effects of self-generated expected smoking outcomes. Am J Health Promot 2006;20:383-7.
95. Cooper TV, Klesges RC, Debon MW, et al. A placebo controlled randomized trial of the effects of phenylpropanolamine and nicotine gum on cessation rates and postcessation weight gain in women. Addict Behav 2005;30:61-75.
96. Ussher M, West R, McEwen A, et al. Efficacy of exercise counseling as an aid for smoking cessation: a randomized controlled trial. Addiction 2003;98:523-32.
97. Allen SS, Hatsukami D, Brintnell DM, et al. Effect of nicotine replacement therapy on post-cessation weight gain and nutrient intake: a randomized controlled trial of postmenopausal female smokers. Addict Behav 2005;30:1273-80.
98. Jorenby D. Clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation. Drugs 2002;62 Suppl 2:25-35.
99. Nides M, Rand C, Dolce J, et al. Weight gain as a function of smoking cessation and 2-mg nicotine gum use among middle-aged smokers with mild lung impairment in the first 2 years of the Lung Health Study. Health Psychol 1994;13:354-61.
100. Munafo MR, Murphy MF, Johnstone EC. Smoking cessation, weight gain, and DRD4 -521 genotype. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2006;141:398-402.
101. Marcus BH, Lewis BA, Hogan J, et al. The efficacy of moderate-intensity exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. Nicotine Tob Res 2005;7:871-80.
102. Ussher M: Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2005:CD002295.
103. Taylor AH, Ussher MH, Faulkner G. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. Addiction 2007; 102:534-43.
104. Centers for Disease Control and Prevention. Physical activity and health. 2005. Available at: http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/chap1.htm. Bibliografie
105. Okuyemi KS, Harris KJ, Scheibmeir M, et al. Light smokers: issues and recommendations. Nicotine Tob Res 2002;4 Suppl 2:S103-12.
106. Hatsukami DK, Le CT, Zhang Y, et al. Toxicant exposure in cigarette reducers versus light smokers. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006;15:2355-8.
107. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. Tob Control 2005;14:315-20.
108. Luoto R, Uutela A, Puska P. Occasional smoking increases total and cardiovascular mortality among men. Nicotine Tob Res 2000;2:133-9.
109. Bitton A, Fichtenberg C, Glantz S. msJAMA: reducing smoking prevalence to 10% in five years. JAMA 2001;286:2733-4.
110. Kandel DB, Chen K. Extent of smoking and nicotine dependence in the United States: 1991-1993. Nicotine Tob Res 2000;2:263-74.

111. Okuyemi KS, Pulvers KM, Cox LS, et al. Nicotine dependence among African American light smokers: a comparison of three scales. Addict Behav 2007;32:1989-2002.
112. Tong EK, Ong MK, Vittinghoff E, et al. Nondaily smokers should be asked and advised to quit. Am J Prev Med 2006;30:23-30.
113. Ershoff DH, Quinn VP, Mullen PD. Relapse prevention among women who stop smoking early in pregnancy: a randomized clinical trial of a selfhelp intervention. *Am J Prev Med*. 1995;11: 178-184.
114. Hajek P, West R, Lee A, et al. Randomized controlled trial of a midwife-delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy. *Addiction*. 2001;96:485-494.
115. Ratner PA, Johnson JL, Bottorff JL, Dahinten S, Hall W. Twelve-month follow-up of a smoking relapse prevention intervention for postpartum women. *Addict Behav*. 2000;25:81-92.
116 Van't Hof SM, Wall MA, Dowler DW, Stark MJ. Randomised controlled trial of a postpartum relapse prevention intervention. *Tob Control*. 2000; 9(suppl 3):III64-III66.
117. Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomised controlled trial. *BMJ*. 2002; 324:87-89.
118. Conway TL, Woodruff SI, Edwards CC, Elder JP, Hurtado SL, Hervig LK. Operation Stay Quit: evaluation of two smoking relapse prevention strategies for women after involuntary cessation during US Navy recruit training. *Mil Med*. 2004; 169:236-242.
119 Razavi D, Vandecasteele H, Primo C, et al. Maintaining abstinence from cigarette smoking: effectiveness of group counselling and factors predicting outcome. *Eur J Cancer*. 1999;35:1238-1247.
120. Borland R, Balmford J, Hunt D. The effectiveness of personally tailored computer-generated advice letters for smoking cessation. *Addiction*. 2004;99:369-377.
121. Fortmann SP, Killen JD. Nicotine gum and selfhelp behavioral treatment for smoking relapse prevention: results from a trial using populationbased recruitment. *J Consult Clin Psychol*. 1995; 63:460-468.
122. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, et al. Sustainedrelease bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2001;135:423-433.
123. Becona E, Vazquez FL. The course of relapse across 36 months for smokers from a smoking-cessation program. *Psychol Rep*. 1998;82:143-146.
124. Lifrak P, Gariti P, Alterman AI, et al. Results of two levels of adjunctive treatment used with the nicotine patch. *Am J Addict*. 1997;6:93-98.
125. Lando HA, Pirie PL, Roski J, McGovern PG, Schmid LA. Promoting abstinence among relapsed chronic smokers: the effect of telephone support. *Am J Public Health*. 1996;86:1786-1790
126. National Cancer Institute. Smokeless tobacco or health. Smoking, tobacco control monograph No. 2. Bethesda, MD, U.S. Department of Health and Human Services, National Cancer Institute, NIH Publication No. 92-3461, 1992.
127. Centers for Disease Control and Prevention. Smokeless tobacco fact sheet. 2007. Available at: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/Factsheets/smokeless_tobacco.htm.
128. Hatsukami DK, Lemmonds C, Tomar SL. Smokeless tobacco use: harm reduction or induction approach? Prev Med 2004;38:309-17.
129. Henley SJ, Connell CJ, Richter P, et al. Tobacco-related disease mortality among men who switched from cigarettes to spit tobacco. Tob Control 2007;16:22-8
130. Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, et al. Self-help cessation programs for smokeless tobacco users: long-term follow-up of a randomized trial. Nicotine Tob Res 2007;9:281-9.

131. Ebbert JO, Rowland LC, Montori V, et al. Interventions for smokeless tobacco use cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004:CD004306.
132. Baker F, Ainsworth SR, Dye JT, et al. Health risks associated with cigar smoking. JAMA 2000;284:735-40.
133. Maxwell JC. Cigar industry in 2005. Richmond, VA, The Maxwell Report, 2006,
134. Nyman AL, Taylor TM, Biener L. Trends in cigar smoking and perceptions of health risks among Massachusetts adults. Tob Control 2002;11 Suppl 2:ii25-8.
135. International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2004.
136. Wetter DW, McClure JB, de Moor C, et al. Concomitant use of cigarettes and smokeless tobacco: prevalence, correlates, and predictors of tobacco cessation. Prev Med 2002;34:638-48.
137. Ebbert JO, Dale LC, Severson H, et al. Nicotine lozenges for the treatment of smokeless tobacco use. Nicotine Tob Res 2007;9:233-40.
138.Mooney ME, Leventhal AM, Hatsukami DK, Nicotine Tob Res, 2006;8:435–66.
139. Przegl Lek. 2006; 63(10):1119-22 (ISSN: 0033-2240)
140.Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al., Cochrane Database Syst Rev, 2004;3:CD000146

B) RECOMANDĂRI CU PRIVIRE LA FORMAREA PERSONALULUI

Ar trebui ca noțiunile despre renunțarea la fumat să reprezinte un capitol obligatoriu în curricula medicală. Sugerăm a se lua în considerare instruirea personalului medical în domeniul renunțării la fumat prin cursuri de formare susținute cu experți autorizați în domeniu. Există dovezi despre eficacitatea superioară a renunțării la fumat la pacienții tratați de medici care au absolvit cursuri de formare în domeniul tratamentului dependenței nicotinice. Medicii trebuiesc antrenați pentru a putea practica acest tip de intervenții medicale. Trainingul sporeşte motivația medicilor de a asista fumătorii şi trebuie să fie gratuit, suportat din fonduri de stat sau bugetat prioritar. (Nivel de dovadă B) (1, 2**,** 3, 4, 5)

1. Sugestii de instruire în domeniul renunțării la fumat pentru generațiile viitoare de medici.

Curricula universitară

Absolvenții facultăților de medicină trebuie să fie capabili de a recunoaşte dependența nicotinică ca boală cronic recidivantă şi de a acorda sfatul minimal antifumat, ca o intervenție corespunzătoare nivelului elementar (nivelul 1) de asistență de profil (medic de familie, medic rezident, medic practician de diverse specialități, medic dentist).

Concret, în baremul de licență al facultăților medicale *determinarea statusului fumatului* trebuie să ocupe un loc egal alături de determinarea altor semne ale statusului vital: tensiunea arterială, frecvență cardiacă, temperatura etc. iar *acordarea sfatului minimal în vederea renunțării la fumat* trebuie însuşită la fel ca orice alt gest medical elementar. (1)

Curricula postuniversitară

Consilierea de specialitate în vederea renunțării la fumat (nivelul complex - nivelul 2) de asistență de profil trebuie asigurată de specialişti formați în acest domeniu, prin cursuri susținute cu experți recunoscuți, cursuri în urma cărora să dobândească cunoştințe teoretice şi practice despre metodele de renunțare la fumat, modalitatea de abordare a pacientului cu dependență nicotinică şi managementul cazurilor cu probleme, comorbidități.

Cursurile trebuie urmate de practicarea noii subspecializări iar specialiştii trebuie să beneficieze de instrumente de lucru precum ghiduri de practică de specialitate, să aibă acces la schimburi de experiență şi surse de informare, eventual traininguri periodice pentru aducerea la zi a noutăților în domeniu. (1).

2. Sugestii de instruire în domeniul renunțării la fumat pentru practicienii aflați deja în activitate.

Deoarece generațiile de medici români aflați deja în activitate nu au dobândit cunoştințe standardizate în domeniul renunțării la fumat în facultate şi nici postuniversitar, cu excepția puținelor cursuri postuniversitare organizate sporadic de universitățile de medicină din unele oraşe din țară sau a modulelor de training cu contribuția Societății Române de Pneumologie, a Ministerului Sănătății, asociațiilor neguvernamentale etc. în perioada 2001-2008, sugerăm acestora două nivele de pregătire. (2)

Curricula de bază – va sigura un nivel elementar de instruire, echivalent al viitoarei curricule universitare. Beneficiarii acestui modul de curs vor fi apți să acorde sfatul minimal pentru renunțare la fumat. Sunt avuți în vedere medicii de familie, medici de diverse specialități clinice cu activitate în ambulatorii, cabinete individuale şi spitale.

Totodată curricula de bază va trebui să acopere lacunele de pregătire în domeniu, prin instruirea pe cât posibil a tuturor absolvenților actuali de medicină în scopul dobândirii de aptitudini pentru a înregistra statusul fumatului ca semn vital în documentele medicale.

Curricula avansată – este destinată primordial medicilor care desfăşoară activitate în cabinetele deja existente de renunțare la fumat şi celor care se vor adăuga pe viitor, pe măsură ce rețeaua de centre de renunțare la fumat se va extinde în toate județele țării.

Aceasta trebuie să confere absolventului capacitatea de a indica corect, urmări şi evalua rezultatele terapiei dependenței nicotinice şi de a gestiona competent situațiile dificile, de tipul comorbidităților, recăderilor, efectelor adverse ale terapiei, cazurilor care au contraindicații de terapie farmacologică, gravidelor, adolescenților etc.

3. Sugestii de instruire în domeniul renunțării la fumat pentru personalul reprezentat de responsabilii din domeniul sanitar.

Ca o mențiune specială, dată fiind noutatea acestui domeniu de activitate medicală, recomandăm oportunitatea instruirii specifice, cu accent pe componenta de politici sanitare fără fumat a responsabililor din sănătate în atribuțiile cărora intră coordonarea programelor de instruire şi asistență medicală pentru terapia dependenței nicotinice. Aceeaşi recomandare şi pentru personalul din serviciile de promovare a sănătății sau serviciile managerial-administrative ale diverselor unități medicale şi organisme coordonatoare.

Curricula recomandată acestei categorii de personal sanitar are în vedere următoarele teme: statutul de spitale (unități sanitare) fără fumat, programe de educație pentru prevenirea fumatului, noțiuni elementare despre epidemiologia tabagismului, tratamentul şi consilierea pacienților cu dependență nicotinică. (2)

Concluzionând, participarea specialiştilor la un singur modul de formare nu este suficientă şi nu asigură expertiza calificată pe termen lung. Ea trebuie urmată de practicarea noțiunilor teoretice dobândite şi cursantului trebuie să i se asigure condiții optime de aplicare a acestora: integrarea într-un centru de renunțare la fumat, posibilitatea de a prescrie terapia farmacologică, adresabilitatea pacienților. (5)

Bibliografie

1. Trofor A., Asistența medicală a fumătorilor – un imperativ în curricula universitară, *INSPIR 2007,* 4 – 7 octombrie 2007, Iași.
2. Trofor A., Frasila E.-I., Mihaescu T., Renunțarea la fumat în România - între speranțe şi certitudini, *BMJ, ed. Lb.romana*, vol.13, nr.10, 2007, pg. 458-61
3. Curry SJ, Orleans CT, Keller P, Fiore MC. Promoting smoking cessation in the health care environment: Ten years later. American J Prev Med 2006; 31:269 –72.
4. Maciosek MV, Edwards NM, Coffield AB, et al. Priorities among effective clinical preventive services methods. Am J Prev Med 2006;31:90–6.
5. Fiore M.C., MD, Keller P.A., Curry S.J., Health System Changes to Facilitate the Delivery of Tobacco-Dependence Treatment, *American Journal of Preventive Medicine*, 2007;33(6S):S349–S356 31:269 –72.

C) RECOMANDĂRI DE ORDIN ADMINISTRATIV – *referitoare la strategiile de dezvoltare a serviciilor medicale destinate renunțării la fumat –*

Orice politică de renunțare la fumat reprezintă o combinație eficientă de educație şi promovare a sănătății cu măsuri legislative şi de mediu, iar terapia aduce o scădere a morbidității şi mortalității legate de fumat.

Medicii au fost pionierii luptei antitutun. Clinicienii englezi au comunicat în primele decenii ale secolului trecut riscurile fumatului zilnic la bărbați, precum şi ratele crescute de cancer pulmonar la aceeaşi grupă de risc (1) (Richard Doll si A. B. Hill). Un alt moment important a fost Raportul Royal College of Phisicians din Londra, 1967, cu privire la rolul dăunător al fumatului.

Toate aceste acțiuni au avut ca rezultat mobilizarea medicilor, care s-au constituit în organizații profesionale, cu scopul de a proteja populația de efectele consumului de tutun.

Ulterior au apărut reacții din partea companiilor de țigări, nemulțumite de îngrădirea libertății lor comerciale, astfel încât doar statutul de persoane respectabile în societate, care pot să furnizeze informații despre sănătate, atribuit medicilor nu mai este suficient în lupta antitutun.

Există cel puțin două argumente în acest sens : (2)

- Un studiu efectuat în SUA a arătat că aproximativ 1/3 din fumătorii care-şi consultă medicul nu au fost întrebați despre obiceiul fumatului şi nici nu au fost îndrumați în procesul de renunțare la fumat.
- Casele de asigurări de sănătate se implică tot mai mult în compensarea costurilor legate de serviciile de sănătate prestate de personalul sanitar.

În aceste condiții, în lupta antitabac trebuie realizată o cooperare între personalul sanitar, managerii unităților sanitare, casele de asigurări de sănătate şi angajatori.

Conform CDC factorii care cresc costurile, raportați la calitatea de fumător a angajaților sunt (3):

- absenteismul;
- asigurările de sănătate şi viața mai scumpe;
- accidentele şi incendiile;
- alterarea proprietății;
- expunerea nefumătorilor şi costuri suplimentare de tratament a bolilor acestora;
- reangajări în condiții de deces sau pensionare premature;
- penalități determinate de nerespectarea ordonanțelor şi legilor în vigoare.

Pentru a preveni toate aceste neajunsuri, angajatorii ar trebui să aibă în vedere următoarele trei obiective pentru angajații lor (tabel 3):

Obiectiv	Metode
Promovarea sănătății	Asigurarea gratuității tratamentului Consiliere specializată (personal sanitar) Programe de promovare a sănătății la nivel de comunitate sau prin internet Plata consilierii pentru personalul sanitar implicat Credite mai flexibile pentru angajații incluși în programe de renunțare la fumat
Politici împotriva fumatului	Interzicerea fumatului Fumatul permis doar în anumite zone ventilate Alte restricții vis-a-vis de fumat în zonele comune
Informații privind beneficiile renunțării la fumat	Note informative privind beneficiile renunțării la fumat (tipărite/internet) Riscurile pentru sănătate induse de fumatul la locul de muncă Implicarea în evenimente cu această temă Consiliere via internet, linii telefonice.

Tabel 3

Rezultatele acestui tip de inițiative se vor măsura în efecte benefice pentru personal: reducerea numărului de zile de concediu medical şi a pensionării premature, beneficii materiale, iar pentru angajator, reducerea pericolului de incendiu, de deteriorare a clădirii şi a aparaturii, deteriorare indusă de fumat.(4)

Managerii de unități sanitare, în colaborare cu casele de asigurări de sănătate trebuie să asigure medicilor condițiile necesare realizării unei consilieri antitabac eficiente.

Se pot lua în considerare următoarele măsuri (3):

- Implementarea unui sistem standardizat de identificare a statutului de fumător pentru toți pacienții adresați unității sanitare respective.
- Desemnarea de personal sanitar care să prescrie tratament şi să urmarească pacientul în sevraj.
- Să anunțe că spitalul este susținătorul unei politici fără fumat atât în spital cât şi la nivelul comunității.
- Să asigure gratuitatea tratamentului atât pe perioada spitalizării, cât şi pacienților ambulatori prin compensarea acestuia de către societățile de asigurări.

- Să asigure plata serviciilor efectuate de personalul sanitar implicat.
  Acestea pot fi implementate prin (3):
- Foaia de observație specifică unității sanitare trebuie să conțină o rubrică în care să fie notat statutul de fumător al pacientului iar personalul trebuie informat de importanța completării acestei rubrici, alături de celelalte informații legate de istoricul pacientului.
- Asigurarea unor cursuri de training pentru personalul sanitar implicat în consilierea antifumat (Nivel de dovadă B)**.**(1, 2)
    - Personalul sanitar trebuie instruit asupra consilierii antitabac, atât personalul în curs de pregătire cât şi cel practicant.
    - Cursurile de pregătire trebuie reluate periodic cu prezentarea ultimelor noutăți în domeniu.
    - Cursurile trebuie încheiate cu examene finale, în urma cărora participanții să primească competența de a asigura consilierea antitabac rambursată de casa de asigurări.
    - Cursuri cu un nivel mai ridicat de informații trebuie realizate pentru viitorii formatori pentru a asigura diseminarea informațiilor, întregului personal sanitar.
- Unitatea sanitară trebuie sa dispună de tot arsenalul terapeutic util sevrajului, pentru a putea oferi pacienților cea mai eficientă terapie, adaptată specificului acestuia şi care să îi asigure continuitate şi după externare. Aprovizionarea trebuie să fie constantă pentru a evita apariția fenomenelor de sevraj.
    - Începerea consilierii antifumat la pacienții internați s-a dovedit a fi eficace (Nivel de dovadă B). O metaanaliză a şase studii care a analizat acest aspect (tabel 4), a precizat că sevrajul nicotinic în timpul spitalizării poate îmbunătăți recuperarea pacientului. Rezultatele sunt mult mai bune dacă pe lângă informațiile oferite de personalul sanitar şi terapie sunt înmânate broşuri, proiectate filme video, iar după externare există un serviciu de consiliere şi monitorizare telefonică a pacientului (1).

Pacienți spitalizați	Numărul de studii	Rata de abstinență
Îngrijire obişnuită	4	19, 2%
Îngrijire obişnuită + consiliere	6	23, 3%

Tabel nr. 4

- Informarea întregului personal, pacienților, vizitatorilor şi comunității despre politica fără fumat a unității sanitare.
- Implicarea caselor de asigurări în plata serviciilor şi a tratamentului.

- Oferirea terapiei antitabac (consiliere şi tratament) ca serviciu compensat de casa de asigurări are efecte benefice determinând creşterea numărului de tentative de sevraj, utilizare a tratamentului şi reuşite ale acestuia. (Nivel de dovadă A) (2)
- O metaanaliză a 3 studii (tabel 5) a arătat o rată de abstinență de 18.9% la cazurile la care tratamentul a fost compensat (5).

Tratamentul	Numărul de studii	Rata de abstinență estimată(%)
Necompensat	3	8, 9
Compensat	3	18, 9

Tabel nr. 5

- Clinicienii îndeplinesc şi rolul de model pentru pacienții lor (Nivel de dovadă B).(6)
  - După cum s-a observat în ultimii 20 ani, prevalența fumatului în rândul personalului sanitar a scăzut semnificativ comparativ cu populația generală. Astfel în SUA au mai rămas fumători 5.5% dintre medici, 7, 4 % dintre stomatologi şi 22% dintre asistente. În România, un studiu realizat în 2005 relevă o prevalență a fumatului la medici de 10, 6% iar la asistente de 38, 4% (6, 7).

Cum pot fi susținute aceste măsuri?

Programe de renunțare la fumat

Programele de renunțare la fumat sunt vitale pentru prevenirea apariției bolilor datorate fumatului, la fumătorii actuali şi viitori. Succesul unor astfel de programe depinde de existența unui suport social adecvat, a abilităților de training şi rezolvare a problemelor, a mijlocelor de educație şi a terapiei medicamentoase şi comportamentale.

Următoarele activități sunt recomandate de OMS în acest sens (3).

- campanii naționale mediatizate (implicarea guvernului şi asociațiilor medicale);
- campanii la nivel de comunitate (implicarea autorităților locale, a asociațiilor medicale, comunitate, ONG)
- promovare în media (ONG şi organizații profesionale)
- locuri de muncă fără fumat (consiliere + tratament), (organizații locale şi angajatori)
- spații publice fără fumat (guvern şi ONG)

- campanii de promovare a sănătății (guvern, organizații medicale)
- distribuirea de materiale informative (guvern şi ONG)
- linii telefonice (guvern şi ONG)
- servicii specifice de consiliere (organizații sanitare, autorități, guvern)

Interzicerea fumatului în toate unitățile medicale

Se recomandă interzicerea fumatului în toate unitățile de îngrijire a sănătății şi în spațiile învecinate. Nivel de dovadă: C (7)

Pacienții şi personalul angajat trebuie informați în mod clar, cu afişarea consecințelor nerespectării acestei politici. (8) Excepțiile ar trebui să fie rare, referindu-se la spitalele de psihiatrie şi în serviciile pentru pacienți în stadiu terminal. Implementarea acestei strategii cere timp. Personalul medical care doreşte să renunțe la fumat trebuie ajutat. Cadrele medicale nefumătoare sunt modele pozitive pentru pacienții spitalelor. (9)

România are legi care interzic fumatul în toate instituțiile medicale, respectarea acestora la nivel național fiiind dificil de evaluat.

"Ziua Mondială / Națională fără Fumat".

Statele membre ale OMS au creat în 1987, Ziua Mondială fără Fumat – 31 mai, cu scopul de a atenționa populația asupra creşterii numărului de fumători de pe glob şi a consecințelor nefaste ale fumatului asupra sănătății. În fiecare an, OMS propune o anumită temă pentru data respectivă iar instrumentele de lucru recomandate sunt:

- Campanii naționale sau locale de informare a opiniei publice, de exemplu conferințe de presă, emisiuni TV privind prevalența fumatului şi efectele sale asupra sănătății.
- Interviuri, mărturii ale fumătorilor care au renunțat şi ce anume i-a ajutat să aibă succes.
- Prezentarea atitudinii personalului sanitar, campanii de renunțare la fumat în rândul acestora.
- Implicarea personalului sanitar – sevrajul nicotinic să devină o rutină în practica medicală
- Implicarea oficialităților – înființarea de cabinete de renunțare la fumat, cu dotare corespunzătoare; lansarea de programe de renunțare la fumat etc.
- Formarea de alianțe cu companiile farmaceutice pentru promovarea metodelor terapeutice de sevraj.

"Ziua Națională fără Fumat" este o campanie publică cu impact național şi local, care urmăreşte să conştientizeze publicul larg prin mass-media, cu intenția de a-i ajuta pe cei care doresc să renunțe la fumat. La o astfel de campanie în Marea Britanie, s-a estimat o participare de 1 milion de persoane,

din care 40 000 s-au lăsat de fumat. (10) Inițiativele locale şi naționale stimulează fumătorii să ia în considerare ideea de a renunța la fumat.

Şi în România se celebrează o astfel de zi începând din 2003, în cea de-a treia săptămâna a lunii noiembrie, declarată Ziua Națională Fără Fumat.

Înființarea unei linii telefonice/site internet pentru a creşte adresabilitatea la serviciile antifumat.

Realizarea de servicii telefonice de renunțare la fumat necesită susținere financiară importantă. Acestea trebuie sa ajungă la fumător prin campanii de promovare în mass media, necesită personal calificat în acest tip de consiliere şi program prelungit.

Orice gen de astfel de serviciu trebuie să fie gratuit. Este bazat în special pe terapie motivațională şi se adresează fumătorilor în stadiul de contemplare, care doresc să renunțe la fumat. De aceea trebuie susținut de o listă de cabinete de consiliere antitabac unde să se poată oferi şi terapie medicamentoasă doritorilor.

O linie telefonică gratuită ar trebui să ofere non-stop informații şi ajutor oricui este interesat. Eficiența acestei metode este demonstrată de o meta-analiză a puținelor studii existente, (11) deşi ar fi necesare trialuri randomizate pentru a determina nivelul de dovadă al eficacității metodei. Există dovezi modeste dar semnificative ale eficienței şi în favoarea materialelor pe care un fumător le poate accesa de pe un site specializat. (9)

Există în Web site-uri pe care să ruleze programe de renunțare la fumat, atât informații privind metodele de sevraj cât mai ales metode de prevenire a recidivei. Necesită susținere financiară şi facilitatori antrenați în acest domeniu.

Un site active în limba română este www.fumat.ro (de ce şi cum să renunți la fumat, planuri practice şi cursuri de renunțare, suport medical). Numărul gratuit din România: TEL VERDE 0800-878673 (numai din RomTelecom). Informații pe internet se găsesc şi la www.stopfumat.eu

Consilierea prin telefon poate fi de două feluri: reactivă, când fumătorii apelează numărul pentru a primi ajutor/consiliere şi proactivă, cînd fumătorii sunt apelați de către terapeut conform unui program prestabilit.

Consilierea proactivă este eficientă pentru renunțarea la fumat, chiar dacă trialurile controlate sunt puține. (12)

Consilierea reactivă telefonică poate fi un ajutor eficient, cu toate că este dificil de evaluat în trialuri randomizate. Rata de abstinență auto-raportată este crescută după această intervenție. (13)

Înființarea de servicii de renunțare la fumat în toate serviciile județene de pneumologie, deservite de personal propriu

Se recomandă următoarele:

a) Fumătorii trebuie să aibă acces la clinici specializate pentru renunțarea la fumat, organizate şi susținute de autoritățile guvernamentale.

*Nivel de dovadă: A (*8, 17*)*

b) Centrele specializate ar trebui să fie deservite de personal specializat, angajați cu normă întreagă pentru asistarea celor care vor să renunțe la fumat.

Nivel de dovadă: A (8, 17, 18)

c) Instituțiile specializate trebuie să ofere suport individual şi în grup.

Nivel de dovadă: A (14, 15, 16)

d) Autoritățile sanitare trebuie să se implice în educarea personalului medical primar pentru oferirea sfatului minimal şi să organizeze servicii de specialitate pentru tratament intensiv pentru acei fumători care nu reuşesc să renunțe.

Nivel de dovadă: A (15, 16, 18)

Tratamente compensate pentru renunțarea la fumat

Se recomandă compensarea prin asigurări de sănătate a tratamentului dependenței tabagice (medicație şi consiliere). Astfel, creşte procentul de fumători care folosesc medicația antitabac, care încearcă să renunțe şi care reuşesc să devină nefumători. Nivel de dovadă – A (17, 18, 19)

Mai multe studii au demonstrat impactul pozitiv al contribuției asigurărilor medicale asupra utilizării medicației şi a ratei de success în renunțarea la fumat. (16-19) O analiză din baza de date Cochrane (2005) arată că sistemele medicale care oferă acoperire financiară completă pentru tratamentul dependenței tabagice asigură creşterea ratei şi duratei abstinenței auto-raportate, la un preț relativ scăzut, comparativ cu beneficiile parțiale sau absente ale necompensării. (20) Existența de medicație gratuită (compensată în avans) sau cu reduceri de preț, a crescut numărul de prescripții medicale şi rata abstinenței. (21) Îndepărtarea tuturor barierelor legate de prețul tratamentului a dus la o rată maximă de folosire a medicației. (22)

Câteva studii au analizat frecvența aprovizionării cu medicație, tentativele de renunțare la fumat, rata renunțării. În prezența compensării, pacienții au probabilitate mai mare de a primi tratament, de a avea tentative de renunțare şi de a se abține de la fumat. (23)

Este interesul companiilor de asigurări, a serviciilor medicale, a departamentelor guvernamentale şi a furnizorilor de medicamente să colaboreze pentru a se asigura de compensarea intervențiilor pentru dependența tabagică şi de a informa fumătorii de această strategie. (23)

Începând din 2007 se finanțează în România programul național de acordare a medicației şi consilierii pentru renunțare la fumat " *StopFumat"*.

Adresabilitatea mare de care se bucură programul Ministerului Sănătății şi modul profesionist în care s-a desfăşurat încă de la implementare, în ciuda a numeroase dificultăți (insuficiente cabinete de renunțare la fumat în toate oraşele țării, deficitul de personal calificat, medicamente puține comparativ cu cererea din partea populației, noutatea şi lipsa de experiență în România cu astfel de programe etc.) ne determină să recomandăm ca acest proiect să devină o permanență.

Sugerăm extinderea spectrului de gratuitate asigurată prin program național la toate categoriile de medicamente existente pe piața românească, adică şi guma de mestecat cu nicotină de 2 mg şi respectiv 4 mg să poată fi procurate gratuit în cadrul programului *Stop Fumat* (având în vedere eficacitatea dovedită a terapiei combinate cu plasturi şi gumă nicotinică față de monoterapie). Această afirmație se bazează pe expertiza membrilor colectivului de autori ai ghidului de față conferită de implicarea în acest program în 2007-2008.

Bibliografie

1. www.who. int/tobacco
2. Treating tobacco use and dependence – *clinical practice guideline 2008*
3. Employers smoking cessation guide – second edition
4. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Multiple Risk Factor Intervention Trial. Risk factor changes and mortality results. *JAMA* 1982; 248(12):1465-77.
5.Fiore M.C., Keller P.A., Curry S.J. Health System Changes to Facilitate the Delivery of Tobacco-Dependence Treatment, *Am J Prev Med* 2007;33(6S)
6. Mihaltan F., Munteanu I.- Prevalenta fumatului la personalul sanitar din unitatile de pneumologie din Romania, Interventii pentru un mediu fara fumat in Romania, Sibiu, august 2005
7.Mihaltan F., Munteanu I. Ghidul spitalelor fara fumat in Romania – 2006
8. Health Education Authority/Department of Health. Creating effective smoking policies in the NHS. London: Health Education Authority, 1992.
9. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Smoking cessation. Clinical Practice Guideline No 18. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, Publication No. 96-0692: 1996.
10. Hillhouse A. Coughing up.What smokers want to help them quit and who they think should pay. London: No Smoking Day, 1998.
11. Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando HE, et al. Telephone counseling for smoking cessation: rationales and metaanalytic review of evidence. *Health Education Research* 1996; 11:243-57.
12. Zhu SH, Stretch V, Balabanis M, et al.Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and multiple-session interventions. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64:202–1
13. Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control* 2000;9:148–54
14. McNeill AD. The development of dependence on smoking in children. *Br J Addiction* 1991;86:589–92.
15. *Thorax* 1998;53 (Suppl 5, Part S16 1):S16–S17)

16. Curry SJ, Grothaus LC, McAfee T, et al. Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 1998;339:673-9.
17. Doescher MP, Whinston MA, Goo A, et al. Pilot study of enhanced tobacco-cessation services coverage for low-income smokers. *Nicotine Tob Res* 2002;4 Suppl 1:S19-24.
18. Schauffler HH, McMenamin S, Olson K, et al. Variations in treatment benefits influence smoking cessation: results of a randomised controlled trial. *Tob Control* 2001;10:175-80.
19. Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial. *Addiction* 2005;100:1012-20.
20. Harris JR, Schauffler HH, Milstein A, et al. Expanding health insurance coverage for smoking cessation treatments: experience of the Pacific Business Group on Health. *Am J Health Promot* 2001;15:350-6.
21. Hughes JR, Wadland WC, Fenwick JW, et al. Effect of cost on the self-administration and efficacy of nicotine gum: a preliminary study. *Prev Med* 1991;20:486-96.
22. An LC, Schillo BA, Kavanaugh AM, et al. Increased reach and effectiveness of a statewide tobacco quitline after the addition of access to free nicotine replacement therapy. Tob Control 2006;15:286-93.
23. Meta-analysis 2008: www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm

NIVELE DE DOVADĂ

Ghidul stratifică dovezile în 3 categorii, după tipul, calitatea şi numărul studiilor.

Descrierea Nivelurilor de Dovadă		
Categoria de dovadă	Sursele de dovadă	Definiție
A	Trialuri controlate şi randomizate. Largă bază de date	Un număr mare de studii care implică un număr substanțial de participanți.
B	Trialuri controlate şi randomizate. Bază restrânsă de date	Studiile includ un număr limitat de pacienți, analize posthoc sau ale subgrupurilor de RCTs, sau meta-analiza de RCTs. Trialurile randomizate sunt mici, pe grupuri diferite de populație, cu rezultate inconsistente
C	Trialuri nerandomizate. Studii observaționale. Consensuri ale experților	Dovezi din trialuri necontrolate şi nerandomizate sau din studiile observaționale

REFERINȚE

1. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Smoking cessation. Clinical Practice Guideline No 18. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, Publication No. 96-0692: 1996.
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Am J Psychiatry 1996;153:Supplement.
3. Office of Population Censuses and Surveys. General Household Survey 1994. London: Stationery Office, 1996.

Declarație de interes

Membrii comitetului ştiinţific al Ghidului de renunțare la fumat şi asistență de specialitate a fumătorului (GREFA), elaborat din inițiativa grupului de lucru al Secțiunii Tabacologie a Societății Române de Pneumologie declară că au avut colaborări în anii 2007-2008 cu următoarele companii farmaceutice: GlaxoSmithKline, Pfizer, Johnson&Johnson.

Elaborarea acestui ghid s-a făcut fără a exista vreo influență din partea vreunei companii farmaceutice asupra metodologiei de elaborare şi a conținutului ghidului.

Ghid susţinut de:

Societatea Română de Alergologie şi Imunologie Clinică
Asociaţia Medicilor de Familie Bucureşti-Ilfov
Societatea Română de Medicină Internă
Societatea Română de Cardiologie
Colegiul Medicilor din România

Ghid publicat cu sprijinul companiilor farmaceutice
(în ordine alfabetică)

gsk GlaxoSmithKline

Johnson&Johnson d.o.o.

Pfizer

ISBN 973-702-107-2